

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra Speciální pedagogiky

**PSYCHOSOCIÁLNÍ SITUACE SENIORŮ**  
**S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM**

**Psychosocial situation of seniors with disabilities**

Bakalářská práce

Praha 2011

Vedoucí bakalářské práce:  
Doc.Paed.Dr. Vanda Hájková, Ph. D.

Vypracovala:  
Jana Kaiserová (SPPG- ČJ)

**Poděkování:**

Touto cestou děkuji Doc.Paed.Dr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a pomoc při řešení problémů.

Dále děkuji paní M. za čas, který mi věnovala při rozhovoru a poskytování informací pro případovou studii.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

Současně souhlasím s tím, aby tato práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a dále používána ke studijním účelům.

V Praze dne 26. 3. 2011

.....

Jana Kaiserová

|  |               |
|--|---------------|
| <b>ÚVOD .....</b>  | <b>- 5 -</b>  |
| <b>1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ .....</b>                                    | <b>- 7 -</b>  |
| 1.1 VYMEZENÍ POJMU TĚLESNÉ POSTIŽENÍ                                 | - 7 -         |
| 1.2 VÝVOJ VZTAHU SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM JEDINCŮM           | - 9 -         |
| 1.3 KLASIFIKACE POHYBOVÝCH VAD                                       | - 9 -         |
| 1.4 OSOBNOST JEDINCE SE ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM                 | - 13 -        |
| 1.5 KVALITA ŽIVOTA   | - 16 -        |
| <b>2. CUKROVKA (DIABETES MELLITUS, ÚPLAVICE CUKROVÁ) .....</b>       | <b>- 18 -</b> |
| 2.1 KOMPLIKACE DIABETU (CUKROVKY)                                    | - 21 -        |
| 2.2 DIABETICKÁ NOHA  | - 24 -        |
| <b>3. UCELENÁ REHABILITACE A LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ .....</b>         | <b>- 28 -</b> |
| 3.1 POJEM REHABILITACE   | - 28 -        |
| 3.2 SLOŽKY UCELENÉ REHABILITACE                                      | - 29 -        |
| 3.2 REHABILITACE PŘI AMPUTACI KONČETIN                               | - 31 -        |
| <b>4. PSYCHOSOCIÁLNÍ SITUACE SENIORŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....</b> | <b>- 33 -</b> |
| 4.1 METODY A CÍLE ŠETŘENÍ  | - 33 -        |
| 4.2 PŘÍPADOVÉ STUDIE   | - 34 -        |
| 4.3 ZÁVĚR ŠETŘENÍ  | - 54 -        |
| <b>ZÁVĚR.....</b>  | <b>- 57 -</b> |
| <b>RESUMÉ.....</b>   | <b>- 59 -</b> |
| <b>SUMMARY.....</b>  | <b>- 60 -</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>                                | <b>- 61 -</b> |
| <b>PŘÍLOHY .....</b>   | <b>- 63 -</b> |

# ÚVOD

Tělesné postižení je všeobecně známý pojem, ale jen málokterý zdravý člověk si dokáže představit, jaké to je žít s tímto znevýhodněním. Přitom konkrétně tělesné postižení může postihnout každého z nás a to v jakémkoli věku. Během několika málo sekund se nám může změnit celý život.

Mezi velmi častá získaná postižení patří amputace dolních končetin. Amputace končetin se provádí vždy v tom nejkrajnějším případě a to z několika příčin, mezi něž patří chronické onemocnění, úraz, infekce, zhoubné nádory, deformace a komplikace poruch výživy. Velmi častou příčinou amputace dolních končetin je nemoc zvaná diabetes mellitus neboli cukrovka. Při špatné léčbě cukrovky dochází k tzv. syndromu diabetické nohy, kdy dochází k špatnému prokrvování a následnému odumírání končetiny. V tomto případě je amputace nutná. Syndrom diabetické nohy postihuje nejčastěji starší osoby. V České republice je každoročně léčeno až 40 000 pacientů se syndromem diabetické nohy a až 8 000 z nich se každoročně musí podrobit amputaci.

Taková náhlá změna, jakou je amputace, zasáhne člověka, ale i jeho nejbližší ve všech oblastech života.

Důvod výběru tohoto tématu byl z velké části osobní, neboť jsem měla dědečka, který podstoupil amputaci obou dolních končetin a byl upoután na invalidní vozík. Důvodem jeho amputace byla dlouholetá a špatně léčená cukrovka. Situace, kdy 66letý člověk užívající si svého života přijde o obě nohy a je upoután na invalidní vozík, se nedá ani slovy popsat. V tomto věku a v této situaci si dědeček myslel, že je zbytečné zůstat na tomto světě, že už bude pouze na obtíž. Velmi důležitou roli v tomto těžkém životním období sehrála rodina a přátelé, kteří mu byli vždy oporou a dokázali mu, že je stále mnoho důvodů, proč žít.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je analyzovat vliv získaného tělesného postižení (konkrétně amputace) ve stáří na život člověka a zjistit, jakým způsobem se vyrovnává s omezením tělesné hybnosti.

Díličními cíli bylo zjistit, zda se člověk v pokročilém věku naučí chodit na protézách a zda má na život na vozíku nějaký vliv život na vesnici nebo ve městě.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretickou část tvoří tři kapitoly. První kapitola se zabývá vymezením pojmu tělesného postižení, vývojem vztahu

společnosti k tělesně postiženým jedincům, klasifikací pohybových vad, osobností a kvalitou života jedinců se získaným tělesným postižením. Druhá kapitola je věnována diabetu neboli cukrovce, jejím komplikacím a zabývá se syndromem diabetické nohy. Třetí kapitola je zaměřena na ucelenou rehabilitaci a její jednotlivé složky a na rehabilitaci při amputaci končetin.

Praktickou část tvoří případové studie, pro jejíž zpracování byla použita kvalitativní metoda, konkrétně metoda polostandardizovaného rozhovoru. Pomocí metod kódování byly popsány životní etapy seniorů se získaným tělesným postižením.

# 1. Tělesné postižení

Vztah společnosti k tělesně a zdravotně postiženým jedincům se vyvíjel souběžně s rozvojem společenského bytí a vědomí, vyvíjela se i terminologie pojmu tělesného postižení. Ještě na počátku 20. stol se běžně užívalo označení „mrzák, mrzáček, zmrzačelý“ i v zákonech a názvech institucí. Důkazem je i původní název Jedličkova ústavu pro zmrzačené v Praze (1913) a pár let poté Dětského ústavu tělesně vadných v Brně (1919). Jelikož se stále častěji objevovala kritika těchto označení, začalo se po roce 1925 objevovat označení tělesně postižený. K většímu prosazení názvu dochází až po 2. světové válce (Vítková 2006).

Pojem tělesné postižení je mnohoznačný a stále probíhají diskuze kolem jeho rozdílného pojmání nejen v České republice, ale i v zahraničí.

## 1.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

*„Tělesné postižení je postižení, které brání mobilitě pracovní činnosti, dělí se na přechodné a trvalé, vrozené a získané.“* (Hartl, Hartlová 2000, str. 442). Jinou definici uvádí Gruber a Lendl: *„Za tělesné postižení se považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“* (in Vítková 2006, str. 39). Podle Krause a Šandery: *„Tělesným postižením rozumíme takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“* (in Vítková 2006, str. 39). Podle Vítkové (2006) představují osoby s tělesným postižením velmi heterogenní skupinu, jejichž společným znakem je omezení pohybu, které postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Jsou narušeny role, které postižený ve společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost.

Světová zdravotnická organizace (WHO 1980) definuje postižení jako *„částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánů“*. Od roku 1980 nabízí WHO pojmy *poškození, vada (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap)*. Vzhledem k termínu *tělesné postižení* je významné následující vymezení pojmů:

**vada-** vady podpůrného a pohybového aparátu, poškození jiných orgánových systémů, podstatné somatické změny a deformace.

**omezení/ snížení výkonu**- kvantitativní omezení a kvalitativní změny pohybového výkonu; měřeno vzhledem k normální výkonnosti v závislosti na věku a vzhledem k životnímu prostředí

**postižení**- trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztížená sociální interakce, neúplné nebo chybějící přebírání společenských rolí, které odpovídají věku a pohlaví.

Výhoda této diferenciaci spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů. S tím je současně spojeno oddělení mezi individuálním poškozením (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) a postižením, které z něho vzniklo (ve smyslu sociálních následků poškození). Postižení je v tomto klasifikačním modulu WHO už sociální kategorií. Používání pojmu postižení se však v průběhu dalších let nezměnilo. Jako dříve, tak i nyní se používá pojem postižení jako osobní znak, a dokonce je často spojován s pojmem nemoc (Vítková 2006).

V roce 2001 WHO vytvořila vlastní pojmový aparát, jímž nahradila původní používaný od roku 1980. Pojmy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) nahradila pojmy:

**poškození (impairment)**- samotný pojem vede k negativní odchylce od společnosti

**aktivita (activity)**- snaha o samostatné a aktivní prožití života osoby tělesně postižené

**participace (participation)**- spoluúčast osoby tělesně postižené na společenském životě

Nový přístup ke klasifikaci WHO umožňuje osobám s postižením samostatnější život při rozsáhlé společenské integraci (Vítková 2006).

Tělesné postižení je na první pohled pro veřejnost nepřehlédnutelné, což negativně působí na celou osobnost jedince. U postižení vrozeného nebo získaného v raném věku, je vývoj jedince ovlivněn, ale není tak traumatizující jako u postižení získaného, protože zde jedinec ví, co ztratil a může porovnávat s tím, co měl před tím. Určitou dobu se vyvíjel zcela normálně a získával a rozvíjel zkušenosti potřebné pro uplatnění v budoucnosti. Tím pádem pak hodnotí danou situaci jednoznačně za horší (Vágnerová 1999). „*Vzhledem k tomu, že pohyb je jedním ze základních projevů člověka, jeho nedostatečnost se projevuje v celkovém tělesném i duševním stavu. Psychika těchto lidí je často ovlivněna nápadností postižení. Tato nápadnost je veřejností často chápána jako stigma.*“ (Navrátilová 2000).



## 1.2 Vývoj vztahu společnosti k tělesně postiženým jedincům

Vztah společnosti k tělesně postiženým jedincům se vyvíjel současně s rozvojem společenského bytí a vědomí. Byl závislý na struktuře společnosti- etapě vývoje společenských výrobních vztahů, stupni myšlení, morálky a norem. Nejdůkladněji charakterizoval několik období ve vývoji lidské společnosti a jejího vztahu k postiženým jedincům Miloš Sovák v roce 1972 ve svých logopedických pracích. Dodnes přetrvává tzv. *Sováková periodizace vývoje péče o defektní osoby* (in Titzl 2000):

- a) **Stádium represivní-** společnost postižené lidi vyvrhovala, resp. zbavovala se jich
- b) **Stádium zotročovací-** postižení byli využíváni jako otroci
- c) **Stádium charitativní-** výrazem i oporou postoje k postiženým byla křesťanská charita
- d) **Stádium renesančního humanismu-** k postiženým se hledal lidský poměr
- e) **Stádium rehabilitační-** pro společnost se jevilo jako výhodnější raději postiženým najít možnost pracovního uplatnění, než je zdarma žít
- f) **Stádium socializační-** v duchu socialistického humanismu má být postižený člověk prostřednictvím rehabilitace uschopňován k práci a ke společenskému životu
- g) **Stádium prevenční-** bude dominovat snaha předcházet defektivitě

## 1.3 Klasifikace pohybových vad

Pohybové neboli ortopedické vady můžeme dělit podle různých kritérií. Lili Monatová rozlišuje dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené (včetně dědičných) a poruchy získané. Podle postižení části těla se člení na skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace (in Vítková 2006). Přehlednou klasifikaci tělesného postižení dále uvádí Opatřilová, Zámečníková (2007), kdy dělí postižení *podle doby vzniku* (vrozené a získané) a *podle místa vzniku* (obrní, deformace, malformace, amputace).

Doba vzniku tělesného postižení patří k rozhodujícím faktorům při prognóze dopadu postižení na psychiku, prožívání a schopnost adaptace jedince (Valenta 2003).

### Vrozené postižení

V České republice je výskyt vrozeného postižení vyšší než v jiných zemích. Zhruba každé 25. dítě se u nás narodí s vrozenou vadou. Na vznik vrozené vady má vliv mnoho faktorů, které působí v prenatální, perinatální a postnatální době. Jedná se o vady vážnějšího

charakteru, ale i o vady, které neovlivňují kvalitu života postiženého. Mezi nejčastější se řadí srdeční vady (Opatřilová 2007).

### **Získané postižení**

Nejčastější příčinou získaných pohybových vad je úraz. Největší skupinu tvoří poúrazové stavy míšní léze, amputace, úrazy hlavy, získané ortopedické vady dolních končetin, získané srdeční vady, atd. (Opatřilová 2007). Získané postižení může tedy způsobit buď úraz, nebo různé choroby. Na rozdíl od vrozených vad mohou vzniknout v kterémkoli období života.

Podle místa vzniku:

#### **1. Obrny**

Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní zahrnuje obvodové nervstvo. Jednotlivé typy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na *parézy*, které se projevují částečným ochrnutím, a *plégie*, projevující se úplným ochrnutím. Obrnou může být postižena CNS (centrální nervová soustava), tonus (svalové napětí) nebo koordinace (souhra svalů).

Mezi závažná centrální postižení patří **dětská mozková obrna** (DMO), která vzniká z různých příčin před narozením dítěte (infekce matky, oběhové poruchy matky, při kterých dochází k nedostatečnému okysličení plodu), při porodu (porodní asfyxie, nedonošenost nebo naopak přenošenost) nebo brzy po něm (poškození nezralého mozku různými infekcemi). Tichý definuje DMO jako: „*syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku*.“ (in Vítková 2006, str. 41). Uvádí se 2- 5 případů DMO na 1000 živě narozených dětí. U DMO je dominující motorické postižení, ale může také dojít i k postižení smyslových funkcí a k defektu mentálnímu. Pro DMO je typická tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, roztěkanost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, impulzivní reakce, opožděný vývoj řeči a vady řeči (Vítková 2006).

Podle typu hybného postižení se rozlišuje několik forem DMO: spastická, dyskineticko-dystonická, hypotonická, cerebrální a smíšená (Tichý in Vítková 2006).

### **Dětská obrna**

Dětská obrna je infekční onemocnění, které nejčastěji postihovalo děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a velmi těžké následky. Probíhá ve dvou fázích. Po prvních 5- 10

dnech od poměrně lehkých chřipkových symptomů nastupuje druhá fáze, která se vyznačuje horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Může dojít až k ochrnutí dýchacích svalů. Intelekt zůstává nepoškozen. Od roku 1958 jsou všechny děti u nás očkovány Sabinovou vakcínou a nové případy nebyly zaznamenány (Vítková 2006).

### **Traumatické obrny**

Traumatické obrny vznikají při úrazu hlavy (otevřené nebo uzavřené poranění), při němž může být zasažena lebka i mozek. Potíže se nemusí objevit hned po úrazu, ale třeba až po několika hodinách. Nejčastěji se objevuje nevolnost, točení hlavy a zvracení. Při všech úrazech hlavy je velmi důležité vyhledat lékařskou pomoc. Následky zranění mozku jsou závislé na tom, která část mozku byla poškozena, jak je poškození mozku rozsáhlé, na věku zraněného a také na době, jaká uplynula od zranění do poskytnutí lékařské péče.

Úrazy mozku lze členit do tří kategorií:

**otřes mozku (komoce)**- jedná se o nejlehčí poranění mozku, které vzniká při nárazu. Podle ztráty vědomí je klasifikovaný jako lehký, středně těžký a těžký.

**stlačení mozku (komprese)**- může být vyvoláno různými příčinami jako je edém nebo zhmoždění mozkových laloků s krvácením.

**zhmoždění mozku (kontuze- konturo cerebri)**- je nejtěžší poranění mozku, které vzniká při střelném poranění nebo jako následek dopravní nehody, kdy jsou následky zhmoždění mozku trvalé. Záleží na tom, která část mozku je nejvíce zasažena. Může vzniknout spastická hemiparéza, při které dochází k ochrnutí pravostranných nebo levostranných končetin (Renotierová 2003).

### **Obrna míchy**

Obrna míchy je dalším závažným postižením. Nastává vlivem různých onemocnění, ale nejčastější příčinou je úraz páteře s následným poraněním míchy, k čemuž dochází nejčastěji při autonehodách nebo úrazech, které se stanou během sportu. Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí na tom, zda došlo k celkovému nebo částečnému poranění míchy a také na tom, jaká část míchy byla poraněna:

**-horní krční mícha** (segment C1- C4)- stav pacienta je závažnější a vzniká spastická kvadruparéza až kvadruplégie s poruchou citlivosti, která zasahuje až po krk.

**-dolní krční mícha** (segment C5- C8)- dochází ke spastické paraparéze až paraplégii dolních končetin, někdy také k chabé paraparéze až paraplégii horních končetin.

**-hrudní mícha**- míra postižení závisí na výšce poranění hrudní míchy. Pokud dojde

k postižení centrálních motorických drah pro dolní končetiny, nastává spastická paraparéza až paraplégie dolních končetin.

**-bederní a křížová mícha-** dochází k paraparéze až paraplégii dolních končetin, projevující se poruchou citlivosti dolních končetin (Vítková 1999).

Každý jedinec musí projít po poranění páteře rozsáhlým rehabilitačním programem, kde se učí pohyblivosti pomocí vozíku, maximální samostatnosti v sebeobsluze a při zvládání osobních potřeb (osobní hygiena, jídlo, toaleta, oblékání, apod.). Velký důraz je kladen na obnovení fyzických dovedností (Vítková 2006).

### **Degenerativní onemocnění mozku a míchy**

Degenerativní onemocnění mozku se projevuje až v průběhu života člověka. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk. Patří sem velké množství onemocnění, ale hlavně **mozečková heredoataxie**, která vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér a je dědičná. Jedná se o postupnou degeneraci mozečku, případně i míchy. Projevuje se vrávoravou chůzí, nystagmem (třes očí), atrofií a poruchami řeči (Vítková 2006).

Dále sem patří i **roztroušená skleróza mozkomíšní**, což je velmi těžké onemocnění, vyznačující se ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje asi 1% populace a vyskytuje se zejména u mladších dospělých. Nejběžnějšími příznaky jsou poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči. V pokročilém stádiu se objevuje demence.

Degenerativní onemocnění míchy neboli **Friedrichova heredoataxie** je podmíněna degenerací míšních provazců. Začíná se projevovat mezi 6.- 10. rokem. Typickým příznakem je zvláštní deformita nohy a nejistá vrávoravá chůze. V pozdějším stádiu se objevuje spastická obrna dolních končetin (Vítková 2006).

### **Obrna periferních nervů**

K obrně periferních nervů dochází nejčastěji při úrazu horní nebo dolní končetiny, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Při úplné obrně, končetina bezvládně visí, při částečné obrně je více či méně zasažena pohyblivost a svalová síla (Vítková 2006).

## **2. Deformace**

Mezi deformace spadá velká skupina vrozených či získaných vad, jejichž hlavním rysem je nesprávný tvar některé části těla (Kubát in Vítková 2006). Deformace se dělí na získané a

vrozené. K *vrozeným deformacím* patří vývojové deformity lebky, kloubů, končetin a svalů. *Získané deformace* vznikají po úraze (např. špatně zhojená zlomenina) nebo po zánětlivých onemocněních, kdy dochází k deformaci kostí a kloubů. Patří sem získané deformace páteře jako některé skoliózy a kyfózy (tzv. nesprávné držení těla), botičnost kolen (nesprávné postavení kolen), vyvrácení kyčelního kloubu, různé svalové dystrofie nebo i např. ploché nohy (Opatřilová, Zámečníková, 2007).

Pro takto postižené je velmi důležitá rehabilitace, která může částečně probíhat ve venkovním prostředí.

### **3. Malformace**

Malformace je patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin, a to buď jejich částečné chybění (*amélie*), nebo tzv. *fokomelie*, což je stav, kdy končetina nasedá rovnou na trup. Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad. V současné době se s úspěchem provádí screening vrozených vývojových vad ultrazvukem (Vítková 2006).

### **4. Amputace**

Amputace je umělé odnětí části končetiny nebo celé končetiny od trupu. Příčinou jsou úrazy, nebo různé cévní choroby, zhoubné nádory a infekce. Nejčastější příčinou je však již zmiňovaný úraz (autonehoda, poranění elektrickým proudem, výbušninou, při sportu), kdy k amputaci může dojít buď v důsledku samotného úrazu, nebo chirurgickou cestou těsně po něm, kdy již není žádné jiné východisko. V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickým chirurgem nebo s protetickým oddělením, kde se volí nejoptimálnější řešení pro postiženého jedince (Vítková 2006).

## **1.4 Osobnost jedince se získaným tělesným postižením**

*„Člověk málokdy cítí, co je štěstí, ale obyčejně ví, co štěstí bylo.“ (F. Rosay)*

Osobnost je individuální spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů každého jedince. Je utvářena ve vztazích mezi lidmi, prostředím a společností. Osobnost se vždy projevuje jako celek. Je soustavou vlastností, charakterizujících celistvou individualitu konkrétního člověka, zaměřeného na realizaci životních cílů a rozvinutí svých potencialit. Osobnost člověka zahrnuje celek psychických jevů, je mnohonásobně podmíněna a vytváří se v průběhu vývoje jedince pod vnějšími i vnitřními vlivy (Vágnerová 1999).

Jelikož se osobnost vyvíjí v průběhu života jedince, jsou pro ni důležité i základní časové dimenze, které v určitém smyslu působí všechny současně:

**minulost-** obsahuje vzpomínky, minulé prožitky a události i to, jak je člověk chápal, jaký jim přikládal význam. Minulost je pramenem zkušeností a může mít velmi silný zatěžující vliv na jedince. Minulost není nehybná, každý přehodnocuje svou minulost z hlediska přítomnosti. Chápání a interpretace minulého se v současném prožívání člověka mění a nabývá jiného vlivu.

**přítomnost-** představuje průsečík mezi minulostí a budoucností. Člověk zde jedná, prožívá, realizuje své představy, je aktivní. Obzvláště pro jedince s postižením je přítomnost důležitá, protože zde vlastní aktivitou může posílit své sebevědomí realizací svých představ.

**budoucnost-** se nebere při analýze osobnosti moc v potaz. Přesto uvažování o sobě samém, o životním cíli, aspirace a současná aktivita, vztažená k budoucnosti, patří do duševního života člověka. Vztahování se do budoucnosti dává životu smysl. Budoucnost je však také důležitá pro jedince s postižením, protože postižení v určité míře omezuje budoucnost člověka. Nejvýrazněji lze pochopit výraz budoucnosti u osob se získaným postižením, kde je nutné vlivem náhlé změny tělesného stavu přizpůsobit vlastní životní perspektivy a cíle (Vágnerová 1999).

Na rozvoj osobnosti samozřejmě působí genetická výbava a prostředí, kde člověk vyrůstal. Jakékoli zdravotní postižení velmi silně zasáhne nejen samotného postiženého člověka, ale silně ovlivní i jemu nejbližší osoby.

Vznik postižení nemusí mít na osobnost člověka a jeho okolí pouze negativní dopad. Spousta lidí chápe postižení jako určitou výzvu k mobilizaci všech svých sil, aby se dokázal vyrovnat a překonat následky, které vznikly díky postižení. V této době lidé často přehodnocují svůj život.

Vliv postižení lze rozdělit na dvě krajní situace (Votava a kol. 2003):

- a) **Postižení od narození nebo od raného dětství**
- b) **Postižení vzniklé v průběhu života (nejčastěji v produktivním věku)**

Velmi důležitou roli ve vlivu postižení na osobnost člověka hraje doba, kdy postižení vzniklo. Vrozený defekt omezuje jedince už od počátku jeho vývoje, kdy mění podmínky vývoje, odstraňuje některé podmínky, které jsou pro vývoj velmi důležité a mění sociální

vztahy. U získaného defektu se osobnost vyvíjela až do doby vzniku postižení přirozeně. Proto postižení způsobuje velký zásah do osobnosti, kdy jedinec postižení velmi subjektivně prožívá a dochází k duševním traumatům. Pokud jedinec akceptuje a vyrovná se s postižením, nemusí se to nijak výrazně projevit na jeho osobnosti. Někdy však dochází k situacím, kdy jedinec reaguje na postižení takovým způsobem, že to má silný vliv na některé složky jeho osobnosti (Vágnerová, 1999).

### **Důsledky a reakce na získané postižení**

*„Teprve, když zdravý onemocní, uvědomí si, co měl.“ (Thomas Carlyle)*

Tělesné a i jakékoliv zdravotní postižení se může vyskytnout naprosto nečekaně, např. úrazem nebo chronickou nemocí. Úraz přichází náhle a během několika málo vteřin dokáže člověku úplně změnit život. Neovlivní pouze život jedince, ale ovlivní život i rodiny a nejbližších přátel. Nejhorší pro člověka se získaným postižením je ta doba po vzniku potíží. Každé postižení působí podle toho, jak ho postižený prožívá a jak na něj to prožívání působí. Postižení se dá chápat z hlediska prožívání jedince jako náročná životní situace, protože dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž jsou některé pro postiženého neřešitelné (Vágnerová 1999).

Na vznik postižení reaguje každý jedinec individuálně. Reakce člověka je závislá především na typu postižení, na informacích, jaké o sobě získá a na včasné rehabilitaci. Avšak existuje několik typů reakcí, které se objevují snad u všech jedinců po náhlém získání postižení. Tyto reakce se objevují, ale i u lidí, kteří prožívají úplně jiné náročné životní situace. Tento sled reakcí má své fáze:

- **Fáze šoku-** šok je první reakcí na subjektivně nepříjemnou, traumatizující skutečnost. Jedná se o poměrně krátký časový úsek (několik hodin, maximálně několik dní). Vzniklá situace je natolik tíživá, že ji nelze přijmout. Krivohlavý popisuje tuto fázi ve své knize jako „výkřik“.
- **Fáze popření-** neboli odmítnutí dané skutečnosti. Tato fáze je obranná tendence, kdy si jedinec odmítá připustit, že je to pravda.
- **Fáze smlouvání-** tato fáze nastává poté, co se pacient probere z útlumu fáze popírání. Fáze smlouvání je přesný opak popírání. Pacient neustále přemítá o

tom, co se mu stalo, musí neustále myslet na to, co se změnilo a jak se změní jeho budoucí život. Jedná se o první krok ke zvládnutí situace.

- **Fáze deprese-** někdy se pacient nedokáže smířit s nově nastalou skutečností. Začne se u něj objevovat smutná nálada, úzkost, strach, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, zhoršená pozornost, ztráta sociálních kontaktů. Je velmi důležité začít ji včas léčit.
- **Fáze vyrovnání-** neboli přijetí reality. Pacient je smířen se svým zdravotním stavem a své postižení bere jako výzvu k překonávání překážek a hledání nových životních cílů. Tato fáze je nejdůležitější (Křivohlavý 1989, Vágnerová 1999).

## 1.5 Kvalita života

*„Pojem „kvalita života“ je všeobecně chápán jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se především naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě.“ (Vyhnálek in Jesenský 2000, str. 81).*

Kvality života představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které umožňují handicapovaným lidem žít v prostředí intaktní společnosti, tedy integrovaně, a v prostředí minoritní kultury uzpůsobené pro život handicapovaných. Tyto činitele jsou rozděleny na dvě velké skupiny: vnitřní a vnější.

- **vnější činitele** kvalit života jedinců s postižením představují podmínky jejich existence v oblastech: přírodně ekologické, společensko- kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní a ekonomické, materiálně technické (Jesenský 2000).

**terapeutické aliance-** (aliance= spojení) je přátelství, jehož cílem je léčit. Jedná se tedy o přátelství mezi pacientem a lékařem, které je založené na vzájemné důvěře.

**existence doprovazeče-** každý jedinec potřebuje mít přátele, o to víc je potřebuje, když je nějak nemocný. Postižený potřebuje vedle sebe někoho, kdo mu bude neustále nablízku a bude mu oporou, když mu bude nejhůře.

**skupinová sociální opora-** nejdůležitější skupinou, která se pohybuje kolem jedince, je rodina. Je velmi důležité neopouštět nemocného a nenechat ho s jeho trápením samotného.

**dobrá kvalita sociální komunikace-** jedinec se díky postižení uzavírá do sociální izolace, proto je důležité se někomu vypovídat.



**existence sociálního vzoru-** každý člověk se vědomě i nevědomě srovnává

s ostatními. Pokud se jedná o osobu, která se ocitla v nemocnici, je důležité, aby se pacient mohl setkat s jiným pacientem, který je již začleněn do života.

**kvalita odborné zdravotní a ošetrovatelské péče-** úroveň těchto dvou péčí je velmi důležitá pro zlepšení zdravotního stavu a kvality života pacienta (Křivohlavý 1989).

- **vnitřní činitelé-** vytvářejí změny v kvalitách života jedinců s postižením. Patří sem somatické a psychické vybavení, poškozené nějakým defektem nebo poruchou. Z tohoto hlediska je zájem o vše, co podmiňuje rozvoj a integritu osobnosti s postižením (Křivohlavý, 1989):

**fyzický stav pacienta a jeho změny-** jedinec se musí vyrovnat s určitým omezením, záleží na závažnosti postižení, zda je schopen samostatné sebeobsluhy při jídle, oblékání, hygieně atd., nebo je zcela odkázán na pomoc někoho jiného.

**trvalé charakteristiky pacienta-** kvalita života jedince je ovlivňována jeho psychickým stavem a znaky jeho osobnosti, které mají trvalejší charakter. Každý se zpočátku staví k nemoci podle svého charakteru, až později dosáhne jedinec určité flexibility, která podle klinických psychologů usnadňuje situaci.

**hierarchie hodnot pacienta-** pro kvalitu života pacienta je důležitý i jeho žebříček hodnot. Většinou jedinec svůj žebříček hodnot po úrazu přehodnotí.

**pacientovy zkušenosti a dovednosti zvládání obtíží-** nemoc, které je pacient vystaven, není první životní zkouškou. Většinou se do nějaké těžké situace dostal už někdy předtím a nějak ji musel řešit, pomocí svých schopností a dovedností.

Připravenost a vnitřní síla pak pomohou lépe zvládnout i neřešitelnou situaci.

Zájem o kvalitu života se objevuje už v římské a řecké mytologii. Poprvé se pojem „kvalita života“ objevuje v díle Pigoua (1920), kde se zabývá sociálním zabezpečením a ekonomikou. Přesnější vymezení pojmu však přinesla až OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“. Patří sem:

- Stav ochrany zdraví
- Životní prostředky
- Vzdělání
- Pracovní podmínky
- Stav zaměstnanosti
- Uspokojování potřeb

- Doprava a komunikace
- Byty a jejich výstavba
- Odpočinek a zábava
- Oblékání
- Sociální jistoty
- Osobní svoboda

V současné době se zvyšuje zájem o zjištění kvality života nejen zdravé populace, ale i osob s postižením, chronicky nemocných, závislých a také seniorů. Kvalitou života se zabývají obory- pedagogika, filozofie, sociologie, psychologie, medicína, ekonomie a ekologie (Vaďurová, Mühlpachr 2005).

Kvalita života se posuzuje podle dvou hledisek- subjektivního a objektivního.

**Subjektivní kvalita života** se zabývá vnímáním jedince z pohledu postavení ve společnosti, jeho hodnotového systému a kultury. Výsledkem jeho spokojenosti jsou jeho osobní cíle, očekávání a zájmy.

**Objektivní kvalita života** poukazuje na materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Jde tedy o souhrn podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních, které zasahují do života jedince (Vaďurová, Mühlpachr 2005).

Význam posuzování kvality života spočívá:

- v odhalování celkového vlivu postižení a složek života člověka s postižením
- ve vymezování cílů a úkolů zaměřených na pozitivní změny kvality života
- v odhalování vlivu diagnostických, terapeutických, rehabilitačních, pedagogických, pracovních a sociálních zásahů na člověka s postižením a jeho život
- v možnosti hodnocení efektivity uplatněných intervencí (Jesenský 2000)

Údaje a výpovědi o kvalitách života jedince s postižením se získávají nejenom od něj, ale také ode všech, kteří s ním přicházejí do styku.

## 2. Cukrovka (diabetes mellitus, úplavice cukrová)

Cukrovka neboli Diabetes mellitus je jedno z nejrozšířenějších světových onemocnění. Trpí jí v současné době zhruba 7% populace České republiky a počty nemocných se ročně zvyšují o několik desítek tisíc. Během každých 15 let se počet diabetiků téměř zdvojnásobí.

Zatímco v roce 1975 bylo evidováno 234 tisíc nemocných, v roce 2005 už 739 tisíc. Nebude trvat dlouho a cukrovka bude problémem každého desátého občana ČR. Masivní nárůst onemocnění, zejména 2. typu, se připisuje nezdravému životnímu stylu, stárnutí populace, špatným stravovacím návykům, nedostatku pohybu a s tím souvisejícím zvyšujícím se výskytem obezity (Vohradníková, Petrušicová, 2008).

*„Cukrovka je choroba, způsobená úplným nebo poměrným nedostatkem inzulínu (hormon slinivky břišní), který vede ke zvýšené hladině krevního cukru, případně až k rozvratu vnitřního prostředí organismu“* (Kohout, Pavlíčková, 2001, str. 11). Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) *„je cukrovka stav trvajících zvýšení hladiny krevního cukru, který může být způsoben řadou vnějších i vnitřních faktorů. Vlastní onemocnění je podmíněno absolutním (úplným) nebo relativním (poměrným) nedostatkem inzulínu, který vede k poruše hospodaření těla s cukry, tuky i bílkovinami (poruše cukrů, tuků i bílkovin)“*. Pokud tuto definici přeložíme do běžné řeči, znamená to, že cukrovka není pouze jedním onemocněním, ale jedná se o skupinu chorob. Tyto choroby vznikají z různých příčin, ale projevují se shodně.

**Hlavními projevy cukrovky** je žízeň, časté močení s velkým množstvím moči, někdy se dostavuje časté vysušení organismu (dehydratace). Některé projevy se liší, jedná-li se o cukrovku I. nebo II. typu.

**Diabetes (cukrovka) I. typu** je způsobena úplným nedostatkem inzulínu, proto příznaky nastupují rychle, objevuje se hubnutí, chorobný hlad, může vzniknout ketoacidóza (v krvi se objevují kyselé zplodiny porušeného spalování tuků- ketony), což je těžká porucha látkové přeměny tuků s možností bezvědomí či smrti pacienta (Kohout, Pavlíčková, 2001). Pacienti s tímto typem cukrovky byli dříve označováni jako tzv. juvenilní diabetici. U mnohých z nich se cukrovka objevila ve věku kolem deseti, patnácti nebo dvaceti let, u některých ale také již v pěti letech a u jiných až teprve ve čtyřiceti nebo šedesáti letech (Mehnert, Standl, 1994).

Cukrovka I. typu se nazývá inzulindependentní. Znamená to, že jsou zničeny buňky produkující inzulín a inzulínu je potom absolutní nedostatek. Pacient s tímto typem cukrovky musí tedy dodržovat dietu a bezpodmínečně aplikovat inzulín, většinou několikrát denně. Cílem je, aby se hladiny krevního cukru (glykémie) pohybovaly ve stejných hladinách jako u zdravých (Kohout, Pavlíčková, 2001).

**Diabetes II. typu** vzniká naopak pomalu, inzulín totiž nechybí úplně, ale je ho nedostatek pro potřebu organismu, jehož buňky ho nedokážou využít. Proto se i příznaky objevují pomaleji, nejsou také tak výrazné. Často se cukrovka zjistí při náhodném vyšetření krve či moči při lékařské prohlídce. Projevuje se navíc častějšími infekcemi, zvláště vývodných močových cest a častou žizní. Hubnutí není tak časté (Kohout, Pavlíčková, 2001). Tento druh cukrovky se nejčastěji objevuje u lidí dospělých nebo starších, proto bývá označována jako cukrovka dospělých nebo stařecký diabetes.

Cukrovka II. typu je typem cukrovky, který se často spojuje s obezitou. Její podstatou je malé množství inzulinových receptorů a z toho vyplývající inzulinová rezistence (netečnost buněk k inzulinu). U obézních pacientů se předpokládá vyšší hladina krevního cukru a potom i zvýšená hladina inzulinu, což způsobuje „ukrytí“ inzulinových receptorů dovnitř buňky. V léčbě se doporučuje dosažení ideální hmotnosti, u obézních (kterých je 90% diabetiků II. typu) redukce hmotnosti, dodržování přesné diety. Pokud tato opatření nestačí, je nutné přistoupit nejprve k tabletám neboli antidiabetickým lékům, kterým se říká perorální antidiabetika (léky proti cukrovce podávané ústy) a teprve po vyčerpání všech možností přejít na podávání inzulinu.

Základními pilíři **léčby cukrovky** jsou dieta, pohyb, inzulín.

**Dieta** patří tedy mezi základní pilíře léčby cukrovky. Měla by být sestavována individuálně pro každého pacienta, v závislosti na jeho hmotnosti, stáří, tělesné aktivitě, zda je potřeba, aby diabetik zhubl nebo naopak přibíral. Hlavním cílem diabetické diety je udržet glykémii na takových hodnotách, které odpovídají nediabetikům, stejně tak udržet na normální úrovni hladinu krevních tuků a cholesterolu. Dalším cílem je, aby dieta byla pestrá a obsahovala dostatečné množství potřebných živin- minerálů, bílkovin i vitaminů- a zároveň by měla obsahovat takové množství energie (tedy sacharidů a tuků), aby se pacient co nejlépe přiblížil ideální hmotnosti a tuto udržel (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Dalším pilířem léčby cukrovky je **tělesná aktivita**. Je vhodné zařadit ji do denního plánu I. a II. typu cukrovky. Zvláště u obézních diabetiků II. typu v rámci úpravy hmotnosti se tělesná aktivita doporučuje. Tím pádem je ale nutné zvýšit množství energie ve stravě, množství sacharidů tak, aby nedocházelo ke změnám v hladině krevního cukru (glykémie).

**Inzulin** je hormon produkovaný B buňkami Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. **Langerhansovy ostrůvky** jsou shluky buněk, roztroušené v hmotě slinivky břišní. Jde o

dva typy buněk, z nichž jeden produkuje hormon **inzulin**, snižující hladinu glukózy v krevní plazmě; druhý typ buněk produkuje hormon **glukagon**, který má účinek přesně opačný. Tvorba hormonů je závislá na koncentraci glukózy v krvi. Zvýší-li se hladina krevního cukru, zvýší se produkce inzulinu a klesne produkce glukagonu a naopak (Jelínek, Zicháček, 2003). Chemicky je inzulin bílkovina, která se u zdravého člověka vyplavuje z Langerhansových ostrůvků přímo do krve. Chybí-li inzulin, musí být do těla dodán injekční formou. Kdyby se polykal (např. ve formě tablet), byl by jako bílkovina stráven v žaludku a ve střevě a stal by se z velké části neúčinným.

Inzulin je však jediná účinná látka našeho těla (hormon), která snižuje krevní cukr a staví tělesné tkáně (tukové a svalové). Chybí-li inzulin, mnohé buňky těla „hladovějí“, jiné „se dusí“ v nadbytku (Mehnert, Standl, 1994).

Dnes je asi 1/5 všech nemocných cukrovkou závislá na denním podávání inzulinu.

#### **Typy inzulinu:**

Inzuliny můžeme rozdělit z několika hledisek a to podle délky působení na *krátkodobě působící, středně dlouhodobé a dlouhodobě působící*, dále podle původu na *zvířecí- hovězí a vepřové*- vyráběné izolací z hovězích a vepřových slinivek, **humánní**- ten je vyráběn pomocí genového inženýrství (Mehnert, Standl, 1994).

## **2.1 Komplikace diabetu (cukrovky)**

Porušená schopnost udržovat hladinu glukózy v normálních mezích může při nedodržení správného léčebného režimu přinést pacientovi řadu potíží.

Zjednodušeně lze tyto komplikace rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

- a) **krátkodobé komplikace**- jsou to spíše komplikace léčby cukrovky. Patří sem hypoglykemie, ketoacidóza, laktátová acidóza, hyperglykemie s hyperosmolaritou.

**Hypoglykemie** je nízká hladina krevního cukru, způsobená nepoměrem mezi příjmem cukrů, výdejem energie a hladinou inzulinu. Může být způsobena vyšší dávkou inzulinu při chybě pacienta, dále pokud se pacient po aplikaci inzulinu dostatečně nenají, případně má-li větší tělesnou námahu než obvykle. Projevuje se chorobným (vlčím) hladem, studeným pocením, slabostí, bolením hlavy, poruchou jemné motoriky, pacient může upadnout do bezvědomí (Kohout, Pavlíčková, 2001). K léčbě

hypoglykemie jsou vhodné potraviny s vysokým glykemickým indexem. Vhodné potraviny jsou například Coca-cola, kostkový cukr, džus, sladké moučníky a tyčinky, sladký čaj atd. Nevhodná je paradoxně čokoláda, protože obsahuje velký podíl tuků, které zpomalují vstřebávání glukózy do krve. U pacientů v bezvědomí se podává do žilního řečiště roztok koncentrované glukózy.

**Ketoacidóza** (může nastat u diabetiků I. typu) je zaplavení krve kyselými zplodinami metabolismu tuků, kterých je vyráběno tolik, že je tělo nestačí zpracovat a dostávají se i do moči (ketonurie, acetonurie). Může přejít též do bezvědomí- ketoacidotické kóma. Léčí se podáváním tekutin a inzulínu do žilního řečiště, jen vzácně je nutné podávat roztoky, které pacienta alkalizují (Kohout, Pavlíčková, 2001).

**Laktátová acidóza** je komplikace způsobená vysokou hladinou krevního laktátu- kyseliny mléčné. Nejčastěji se objevuje u pacientů se srdečním selháváním, plicním onemocněním, městnáním krve v jiných orgánech. Léčí se podáváním alkalizujících roztoků a inzulínu (Kohout, Pavlíčková, 2001).

**Hyperglykemie s hyperosmolaritou** je definována jako zvýšení glykemie nad normu. Může být způsobena nedostatečnou aplikací inzulínu, přejedením, anebo působením stresových hormonů (adrenalin, kortizol). Dalšími příčinami mohou být horečnaté onemocnění, vynechání aplikace inzulínu nebo vznik cukrovky. Akutními projevy hyperglykemie jsou žízeň, sucho v ústech a s tím spojené nadměrné močení. Někteří lidé také cítí velký hlad nebo vidí rozostřeně. Dlouhodobá hyperglykemie přispívá k narušení funkce tělesných struktur, které mají za příčinu vznik chronických pozdních komplikací cukrovky. Sem se řadí *diabetická retinopatie* (poškození cév vyživujících sítnici oka), *diabetická nefropatie* (poškození cév obalujících glomeruly ledvin), *diabetická neuropatie* (poškození funkce autonomní nebo senzorických nervů), *diabetická makroangiopatie* (poškození velkých cév) a *syndrom diabetické nohy*.

Hyperglykémii lze snížit pomocí individuální odzkoušené dávky inzulínu. Pokud je glykemie nižší než cca 17 mmol/l, je možné hyperglykémii snížit pomocí fyzické aktivity (samotné nebo v kombinaci s dávkou inzulínu). Při hyperglykémii nad 17

mmol/l se nedoporučuje sportovat z důvodu zvýšené pravděpodobnosti vzniku diabetické ketoacidózy.

- b) **dlouhodobé komplikace**- se rozdělují na postižení malých cév (mikroangiopatie), které jsou typické pro cukrovku a postižení velkých cév (makroangiopatie), kde cukrovka u pacientů urychluje změny podmíněné aterosklerózou (kornatění tepen). Poškozením drobných cév dochází k poškození jednotlivých orgánů u cukrovky- ke komplikacím očním, ledvinným, nervovým- poškození nervů periferních- senzitivních, motorických i vegetativních (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Mezi **oční komplikace** patří retinopatie- poškození sítnice. Dále může dojít k urychlení šedého zákalu čočky- katarakty, v konečných fázích těchto chorob může dojít ke slepotě, u diabetiků kromě toho dochází častěji ke krvácení do sklivce.

**Ledvinové komplikace** (diabetická nefropatie) se mohou rozdělit na ledvinné choroby typické pro cukrovku- diabetická glomerulopatie- a choroby, které může cukrovka zhoršit. U diabetiků dochází častěji k infekcím močových cest, močového měchýře i pánvičky ledvinné, dochází k odloučení renálních papil s ledvinou kolikou, vzhledem k častějším infekcím močových cest a dehydrataci dochází častěji též ke vzniku močových kamenů. Komplikace typická pro cukrovku je poškození ledvinových klubiček- glomerulopatie s následným vyplavováním bílkovin do moči. Při dlouhotrvajícím průběhu ledvinových onemocnění může dojít k selhání ledvin s nutností dialýzy- umělé ledviny, případně transplantaci ledvin (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Postižením drobných cév, které využívají nervy, dochází k postižení nervů- diabetické neuropatii, která postihuje kořeny, jednotlivé nervy nebo jejich zakončení a projevuje se ztrátou kožní citlivosti orgánů- tak vzniká diabetický močový měchýř- kdy pacient není schopen vyprázdnit obsah močového měchýře, postižení srdce, kdy po poškození nervů srdeční sval nereaguje okamžitým zrychlením po námaze, dochází k omdlení po postavení.

Také zažívací trakt může být postižen- vzniká nepohyblivost žaludku (gastroparéza), průjem, případně zácpa- podle výše postižení trávicí trubice.

Kombinací postižení nervů a cév může vzniknout impotence, neschopnost erekce u mužů, u žen jsou častější kvasinkové záněty pochvy. Kombinací postižení cév a nervů

dolních končetin může vzniknout takzvaná **diabetická noha**, což jsou nehojící se vředy, možnost vzniku *odúmrtí* (gangrény) s nutností amputace části nebo celé končetiny (Kohout, Pavlíčková, 2001).

## 2.2 Diabetická noha

Diabetická noha je rámcový termín pro zdravotní problémy dolních končetin, které se vyskytují hlavně u diabetiků- u pacientů trpících metabolickou poruchou cukrovkou (Vohradníková, Petrušicová, 1996). Jako syndrom diabetické nohy se označuje řada cévních, nervových, kloubních i kostních postižení, které vznikají na dolních končetinách působením dvou hlavních faktorů: poškozením nervů a poruchami krevního zásobení. Celou situaci pak zhoršuje infekce a působení tlaku (Česká chirurgická společnost 2010).

Podle WHO je syndrom diabetické nohy charakterizován jako ulcerace (zvrhodatění) nebo poškození tkání nohou u diabetiků způsobené neuropatií a ischemií, které je většinou doprovázeno infekcí. Ročně onemocní diabetickou nohou asi 41 000 nových pacientů, tj. 5% nemocných. Za tuto komplikaci zaplatí téměř 8 tisíc lidí ročně amputací.

Syndrom diabetické nohy se objevuje nejen u diabetiků, ale i u jiných pacientů s ulcerací, s gangrénou (odumřelá tkáň) nebo po amputaci části končetiny. Hlavní příčiny jsou ale dvě (jak je zmíněno již výše)- neuropatie a ischemie. Ty pak vedou buďto ke zvýšení plantárního tlaku a třecích sil nebo k poruše kapilárního průtoku, následkem toho pak k poklesu tkáňové oxygenace, jejímž důsledkem je vznik ulcerací (zvrhodatění). Zevními vyvolávajícími příčinami ulcerací bývají: otlaky nejčastěji z nesprávné obuvi, spáleniny, drobné úrazy a plísňové infekce.

**Neuropatie** je nezánettivé poškození funkce a struktury periferních nervů především vlivem dlouhodobě zvýšené glykémie (hyperglykémie). Mohou být poškozeny jak nervy motorické, senzitivní, tak i vegetativní (Rybka 2007). Neuropatie vzniká jako souhrn příčin metabolických i vaskulárních. Nejčastějšími příznaky je ztráta vnímání bolesti, dotyku, tepla, chladu a vibrací. V době klidu, především v noci se mohou objevovat šlehavé, bodavé a pálivé bolesti v noze, brnění a mravenčení.

**Ischemie** je snižování průtočnosti cév způsobené hlavně aterosklerotickými změnami na jejich stěnách. To má za následek nedokrvení končetin a ve spojitosti s poruchami imunitních mechanismů a s tendencí k pomalému hojení ran se vyskytují relativně často kožní



infekce nebo dokonce odumírání tkání. U diabetiků vznikají stenózy a uzávěry periferních tepen nejčastěji pod kolenem, u nediabetiků zase ve stehně (Vohradníková, Petrušicová, 1996).

Ischemii nejčastěji způsobuje nedostatek kyslíku, následuje nedostatek živin, což vede k nahromadění škodlivých látek. Projevuje se nepříjemnou bolestí nejprve při chůzi, později se bolest objevuje i v klidové poloze. Celá končetina je chladnější a může se objevit i odlišné zbarvení. V nejhorším případě se může objevit i gangréna (odumřelá tkáň).

Otevřené nehojivé rány, typické stavy diabetické nohy, bývají souhrnem více okolností, ale podle svých hlavních příčin mají i svá většinou pravidelná místa vzniku a odlišný průběh. Podle hlavních příčin se dělí na neuropatické a ischemické.

**Neuropatické-** díky onemocnění nervových vláken vedoucích od receptorů v kůži dochází u pacientů ke zvýšení prahu bolesti a ti nepocítují bolest zvýšenému tlaku, teplu a chladu, necítí vlhkost. Nevnímají kamínek v botě a nereagují na drobné otlaky nebo ještě neotevřené rány. V kombinaci s nedokrvováním pokožky a citlivostí na infekci vznikají nejprve drobné, později rozrůstající se vředy na místech největšího tlaku na kůži, převážně na chodidlech a vzácněji na jiných otlačených místech.

**Ischemické-** špatným prokrvováním tkání následkem aterosklerotických změn je kůže degenerována a tudíž neplní obranné funkce proti mechanickému namáhání i proti bakteriálnímu napadení. Pokožka je neodolná, lze ji snadno mechanicky poškodit. Vředy vznikají nejčastěji na místech styku pokožky s okolím, s botou. Nejběžnějšími místy výskytu jsou prsty, hrany chodidel, paty a střední část bérce.

Vředy vznikají poměrně rychle, mnohdy po traumatu na uvedených místech. Jsou vícečetné, okrouhlé s ostrými okraji. Vespod bývají pozůstatky nekrotických (mrtvých) tkání. Postup nemoci může být rychlý, tehdy hrozí gangrenózní průběh. Silné bolesti se zvyšují při vodorovné poloze těla, pacienti mnohdy spí s nohama svěřenýma z postele (Vohradníková, Petrušicová, 1996).

**Klinická klasifikace diabetické nohy podle Wagnera** (někdy se uvádí podle Meggita- Wagnera) je založena na posouzení hloubky ulcerace a přítomnosti infekce. Patří k nejužívanějším způsobům popisu ulcerací. Bylo také dokázáno, že souvisí s rizikem amputace.

*Stupeň 1: povrchová ulcerace (v kůži)- nepřesáhne subkutánní tukovou vrstvu*

*Stupeň 2:hlubší ulcerace (subkutánní tkáň), většinou infikovaná-* přesáhne subkutánní tukovou vrstvu a dostane se až do šlachy, kloubního pouzdra nebo ke kosti, ale bez známek hluboké infekce

*Stupeň 3:hluboká ulcerace, spojená se závažnou infekcí (arthritida, absces, atd.)-* tento stupeň ohrožuje končetinu a skoro vždy vyžaduje hospitalizaci a chirurgickou intervenci- ve většině případů se však nejedná o amputaci, ale o chirurgickou léčbu infekce.

*Stupeň 4: lokalizovaná gangréna (odumření)- např. prsty, pata, atd.* -také nemusí docházet k amputaci

*Stupeň 5: gangréna (odumření) celé nohy-* vyžaduje amputaci (Česká diabetologická společnost 2010).

### **Diagnostika a diferenciální diagnostika**

Vedle důkladné anamnézy a fyzikálního vyšetření je nutné pro diagnostiku stupně rizika syndromu diabetické nohy i jeho příčin také orientační cévní a neurologické vyšetření dolních končetin. V anamnéze se nejčastěji pátrá po kompenzaci cukrovky a jejích dalších komplikacích a známkách neuropatie. Nesmí se také zapomenout na kouření a další rizikové faktory aterosklerózy (kornatění tepen) a na zjištění příčin a trvání ulcerace. Během fyzikálního vyšetření se v první řadě musí zkontrolovat obuv pacienta včetně jejího vnitřního provedení. Dále se provádí inspekce nohy při každé návštěvě diabetika. Diabetik se zaměřuje na kožní poruchy (otlaky, poruchy, plísňe, ulcerace, ragády, změnu barvy a teploty), kostní deformity a deformace (kladívkovité prsty, poruchy nožní klenby). Dále se provádí auskultace (poslouchání) tepen, vyšetřuje se periferní pulzace a provádí se orientační neurologické vyšetření. To probíhá tak, že se zkouší povrchová kožní citlivost na dotyk (nejčastěji štětičkou). Za necitlivou je noha považována tehdy, když jsou dvě ze tří testovaných míst necitlivá. Dále se během neurologického vyšetření zkouší vibrační cití, tedy hluboká citlivost, nejčastěji ladičkou. Za necitlivou je noha považována při necitlivosti dvou ze tří míst, která jsou zkoušená ladičkou (Česká diabetologická společnost 2010).

### **Léčba diabetické nohy**

Syndrom diabetické nohy je třeba léčit vždy komplexně, opomenutí kterékoli součásti léčby má za následek zpomalení hojení nebo zhoršení ulcerace a zbytečné amputace. Komplexní léčba má své cíle, kterých by se u pacienta mělo dosáhnout. Mezi ně patří: odlehčení ulcerací, zlepšení prokrvení, léčba infekce, zlepšení metabolického stavu, prevence reulcerací. O zdárný průběh léčby pečuje diabetolog a diabetologická sestra.

Aby došlo k co největšímu odlehčení ulcerací, je třeba používat pojízdná křesla, berle, speciální kontaktní sádky nebo sádkové boty, terapeutickou obuv („poloviční boty“), ortézy, speciální vložky a doporučuje se klid na lůžku.

Pro zlepšení prokrvení končetin je důležité přestat kouřit. Dochází také k rozšíření průsvitu cév operační technikou.

Infekce se nejčastěji léčí antibiotiky (perorální nebo parenterální- žilou) nebo tzv. lokální léčbou (drenáže, nízké amputace).

Aby docházelo ke zlepšení metabolického stavu, je důležitá kompenzace cukrovky, kdy nesmí dojít k hyperglykémii. Diabetik musí přesně dodržovat pokyny ošetřujícího lékaře, které se týkají kontroly hladiny cukru v krvi, aplikace inzulínu a příjmu potravy.

Nakonec je nejlepší pacienta poučit, aby nedocházelo k dalším problémům, tudíž k reulceracím. Diabetolog a diabetologická sestra tedy zajišťují edukaci (vzdělávání) diabetika. Pacient se musí naučit aplikovat si inzulín, event. užívat antidiabetika, kontrolovat pravidelně hladinu cukru v krvi a sestavit si odpovídající jídelníček. Důležitá je také péče o pokožku a dolní končetiny (Vohradníková, Petrušicová, 1996).

Nejdůležitějšími součástmi komplexní léčby, které se v praxi nejvíce opomíjejí, jsou odlehčení ulcerací a účinná dostatečně dlouhodobá antibiotická léčba. Dále rány musí být ošetřovány vhodnými obvazy pro suché nebo mokré hojení ran a poškozená končetina musí být odlehčována (nezatěžována). Pokud jsou rány chronické, rozsáhlé a hluboké a nelze je běžným způsobem zvládnout, je nutno přistoupit k cévní chirurgii, která má zajistit dostatečné prokrvení poraněné nohy zprůchodněním krevního řečiště. Existují dva způsoby, jak toho dosáhnout: **angioplastika** (rozšíření tepny v místě zúžení balónkovým katétrem případně vystužení stentem) a **chirurgický zákrok** (překlenutí zúženého místa cévní náhradou, bypassem). Poslední možností jak zachránit pacientovi život při zvláště rozsáhlých gangrénech je **amputace končetiny** (Vohradníková, Petrušicová, 1996).

### **Podiatrické ambulance pro pacienty s diabetem**

Podiatrie je specializovaná ambulantní péče zaměřená na problematiku postižení dolních končetin u diabetiků. Zde lze v praxi realizovat účinnou prevenci a multidisciplinární týmový přístup k terapii ulcerací. O pacienta zde pečují společně diabetolog, podiatrické sestry (tj. sestry specializované na péči o pacienty s diabetickou nohou), cévní a všeobecní chirurgové, případně i ortopedi, intervenční radiologové, protetici a rehabilitační pracovníci. Důležitá je také spolupráce s výrobcí ortopedické obuvi. Léčba je zpravidla dlouhodobá,

může probíhat ambulantně, častěji však bývá diabetik hospitalizován. Takové ambulance v naší republice vznikají především při diabetologických centrech a chirurgických pracovištích ve větších městech (např. Praha, Kladno, Příbram, Mladá Boleslav, Plzeň, Teplice, Semily, Jihlava, Brno, Olomouc, Ostrava, atd.). Ovšem ne ve všech krajích se podiatrické ambulance nacházejí. Např. Jihočeský, Liberecký, Pardubický a Karlovarský kraj svou podiatrickou ambulanci ještě nemají (Česká chirurgická společnost 2010).

### **Diabetická noha a prevence**

Předcházení komplikací cukrovky, resp. syndromu diabetické nohy můžeme rozdělit na celkové a místní. Celková prevence spočívá především ve striktním dodržování pokynů lékaře, které se týkají aplikace léků, sledování hladiny cukru v krvi, odpovídajícího příjmu potravy a udržování odpovídající tělesné hmotnosti. Nedoporučuje se kouřit. Postižení cév a nervů dolních končetin je tak minimalizováno.

Místní prevence spočívá v péči o dolní končetiny. Maximální pozornost musí být věnována hygienické péči o nohy, pedikúra by měla být prováděna odborníky v podiatrické ambulanci. Nošení vhodné obuvi, punčoch a ponožek je také velmi důležité. Ošetření drobných poranění, puchýřů a oděrek na nohou je třeba ihned vydezinfikovat a ošetřit speciálním krytím, které usnadňuje hojení rány.

Důležité je také cvičení dolních končetin. Diabetici mají sklon ke snížené pohyblivosti kloubů, proto je pravidelné cvičení podstatnou součástí předcházení vzniku syndromu diabetické nohy (Vohradníková, Petrušicová 1996).

## **3. Ucelená rehabilitace a legislativní vymezení**

### **3.1 Pojem rehabilitace**

*„Rehabilitace představuje procesy znovuuschopení při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.“* (Jesenský 1995, str. 24)

Slovo *rehabilitace* je odvozeno od latinského slova *habilitas* (tj. způsobilost, schopnost) a předpony – *re* (znovu, opět). Jedná se tedy o znovuuzpůsobení, znovunavrácení do původního stavu. Tento novolatinský výraz byl poprvé písemně uveden v roce 1439 v generální kapitule cisterciáckého řádu jako výraz pro znovuzařazení do plné výkonnosti ve společnosti (Jonášková 1998 in Renotierová 2003).

Začátky rehabilitace v lékařském pojetí mají své počátky už v antice, středověku a renesanci. Poprvé však pojmu „rehabilitace“ užívá až Španěl Buquem y Toro v 19. století pro

léčebný tělocvik. Tento termín se ale častěji začal užívat až po 2. světové válce, kdy rapidně stoupl počet tělesně a zdravotně postižených jedinců. Rehabilitace byla chápána jako souhrn aktivit, které umožňovaly člověku po uvedení jeho zdravotního stavu do přijatelné podoby a po náležitém vyškolení vykonávat opět pracovní činnost a zapojit se do společenského života (Renotírová 2003).

Nyní je v lékařství rehabilitace chápána jako „*činnost, postupy, které upravují orgánový defekt a obnovují narušené funkce.*“ (Vašek 1995 in Renotírová 2003, str. 56). V dnešní době už není rehabilitace chápána pouze jako zdravotnická aktivita, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje kromě zdravotnické i sociálně právní a pedagogicky psychologickou péči. Cílem rehabilitace je obnova tělesného a duševního zdraví člověka s postižením a zmírnění trvalých následků po nemoci nebo úrazu (Renotírová 2003).

Rehabilitace je proces, který probíhá v určitém čase a tím pádem má různorodé úkoly, které jsou formulovány buď do krátkodobých či dlouhodobých programů.

- **Rehabilitace krátkodobá (přechodná)** je následná péče bezprostředně navazující na léčebný a vede k upevnění zdraví a normální kvality života. Řeší se převážně na úrovni léčebné rehabilitace (ve zdravotnických nebo lázeňských zařízeních).
- **Rehabilitace dlouhodobá (permanentní)** se týká osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením těžších stupňů a zpravidla je spojena s trvalým narušením kvality života. Řeší se zčásti léčením, ale hlavně na úrovni sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace (Jesenský 1995).

Rehabilitace je jev širokospektrálního charakteru, proto se o ní dá hovořit jako o *rehabilitaci komprehensivní- ucelené (komplexní, globální, integrální)*. Ta se dělí z hlediska dílčích úkolů, použitých prostředků a institucionalizace na čtyři hlavní složky: *rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou* (Jesenský 1995).

### 3.2 Složky ucelené rehabilitace

#### Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace souvisí s léčbou časově i obsahem. Je potřebné začít s ní co nejdříve po odeznění akutního stádia choroby, úrazu nebo po operačním zásahu. Tím je ovlivňován stav pacienta ve stádiu, kdy je organismus ještě plně připraven na reparativní procesy a procesy stagnace stavu a obranné procesy se ještě nestačily plně rozvinout. Úkolem léčebné rehabilitace je obnovit původní plně hodnotný zdravotní stav za co možná nejkratší

dobu, nebo alespoň dosáhnout maximálně možnou úpravu zdravotního stavu pacienta (Renotierová 2003).

Součástí léčebné rehabilitace je léčba radikální (operativní), konzervativní (medikamentózní), dietetická, klimatická, psychoterapeutická a rehabilitační v užším slova smyslu. Tyto léčby zahrnují: fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu a ergoterapii.

- **Fyzikální terapie**- spadá sem elektroléčba, balneoterapie, léčba ultrazvukem, teplem (diatermie), rentgenovým ozařováním (rentgenoterapie) a různé druhy masáží.
- **Léčebná tělesná výchova**- fyzioterapie- je to nejúčinnější metoda léčebné terapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Nejčastější formy, se kterými se můžeme setkat v praxi, jsou *Bobathova terapie*, *Petöho terapie* a *Vojtova terapie*.
- **Ergoterapie**- neboli léčba prací, jejímž úkolem je odpoutat pacienta od myšlenek na jeho choroby nebo změny, užitečně vyplnit jeho volný čas během léčby a rekonvalescence, účelně ho zaměstnat a tím zabránit vzniku depresivních nebo neurastenických stavů a dát pacientovi možnost poznat, které pohybové, pracovní a jiné funkce mu zůstaly zachovány a jak jich může využít. Ergoterapie se nejčastěji dělí na *kondiční ergoterapii*- má za úkol odpoutat pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění, *ergoterapii cílenou na postiženou oblast*- činnost je přesně zaměřena na určité pohyby, *ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění*- sleduje pomocí ergodiagnostiky pracovní zařazení jedince a *ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti*- ta se zabývá zvládáním běžných činností v každodenním životě a překonáváním a odstraňováním architektonických bariér (Renotierová 2003).

### **Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace vychází z poznatků o rozvoji osobnosti, resocializace a enkulturace (proces učení jedince žít ve společnosti a její kultuře). Základním úkolem sociální rehabilitace je především zajištění pracovního místa. Měla by se podílet na potřebných úpravách pracoviště, bydlení a na realizaci dopravy jedinců, kteří mají snížené pohybové schopnosti. Dalším jejím úkolem je i zabezpečení spoluúčasti pohybově postižených na společenském životě prostřednictvím veřejné, kulturní, zájmové a sportovní činnosti. Záleží však na individuálních možnostech jedince. Sociální rehabilitace se aplikuje v oblasti zdravotnictví, sociálních věcí, školství a kultury (Renotierová 2003).

## **Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitace navazuje na výsledky léčebné a sociální rehabilitace. Uplatňuje se především u jedinců se zdravotním postižením v produktivním věku. Usiluje o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných pro zvolenou profesi. Přípravuje je na vykonávání pracovní činnosti. Používá hlavně prostředků ze speciální pedagogiky, psychologie a sociologie. Aplikuje se v zařízeních sociálního zabezpečení, školství, kultury a občanských sdruženích (Jesenský 1995).

## **Pedagogická rehabilitace**

Hlavním úkolem pedagogické rehabilitace je umožnit jedincům, kterým postižení znemožnilo vzdělávat se běžnými pedagogickými metodami, dosažení maximálního možného vzdělání. Tímto procesem se zabývá speciální pedagogika. Ta se podle druhu postižení dělí na *somatopedii* (pro tělesně postižené a zdravotně znevýhodněné), *psychopedii* (pro mentálně postižené), *etopedii* (pro jedince s poruchami chování), *surdopedii* (pro sluchově postižené), *oftalmopedii* (pro zrakově postižené) a *logopedii* (pro jedince s narušenou komunikační schopností). Působení pedagogické rehabilitace se liší v závislosti na tom, kdy k postižení došlo. U získaného postižení se nejdříve musí jedinec vyrovnat sám se svou vadou a až pak nastupuje obnovení normálního vývoje osobnosti. U vrozeného postižení dochází k zaostávání v jednotlivých schopnostech už od narození. Proto je důležitá včasná diagnóza a tzv. raná péče, která má za úkol pomoci rodině s handicapovaným dítětem před nástupem do předškolního vzdělávání (Jesenský 1995).

## **3.2 Rehabilitace při amputaci končetin**

K amputaci dolních nebo horních končetin dochází nejčastěji po úrazu nebo se provádí pro cévní, zánětlivá nebo nádorová onemocnění končetiny. S prodlužujícím se věkem stoupá počet amputací pro cévní poruchy dolních končetin. V České republice je zhruba kolem 25 tisíc pacientů s amputací buď jedné, nebo obou končetin. Je mezi nimi 5x více mužů než žen. Více než polovina je starší 55 let (Votava 1997).

**U amputací dolních končetin** je cílem rehabilitace co nejdokonalejší lokomoce, především chůze. Chůze o protézách představuje mnohem větší zátěž než běžná chůze, proto se musí u starších amputovaných pacientů zvážit, zda je lze vystavit takové zátěži. Pokud ne, je důležitý nácvik samostatného ovládání vozíku. Při možnosti pracovního zařazení je vhodný

výcvik řízení upraveného automobilu. Pokud je stav stabilizovaný s perspektivou chůze zahrnuje rehabilitační léčba tyto úkony:

- Udržování celkové kondice- během pooperační léčby provádí pacient pohyby všemi zdravými končetinami, změny polohy těla, dechová cvičení, cílené posilování zdravých končetin pro funkci opory.
- Cílené působení na pahýl- v pooperačním období se provádí tvarování pahýlu bandážováním (zhruba 6 týdnů pružným obinadlem), polohováním bráníme vzniku kontraktur (zkrácení svalu). Až později se začíná s aktivním cvičením pahýlu, po zhojení operační rány může být zatěžován tlakem. Následují masáže a tepelné procedury, kterými je zlepšováno prokrvení pahýlu.
- Vybavení pacienta protézou- pacient dostává protézu zhruba po třech měsících, seznámí se s její konstrukcí, její fixací a péčí o ni.
- Nácvik chůze s protézou- pacient začíná s nácvikem rovnováhy na jedné noze, poté následuje stoj na protéze, přenášení váhy. Dále pacient cvičí chůzi s oporou a bez ní, v různém terénu. Nácvik pádu se provádí pouze u pacientů, kteří by toto namáhavé cvičení fyzicky zvládli.
- Je důležité pamatovat na psychologickou složku poškození, dát pacientovi reálné perspektivy.
- Pracovní zařazení je omezeno možnostmi transportu, jinak není omezení pracovních příležitostí veliké.
- Boj proti komplikacím, především bolestem- velmi intenzivní fantomové bolesti lze ovlivnit psychogenním (fantomovým) cvičením, při němž pacient provádí stahy svalstva ztracené končetiny.

**U amputací horních končetin** není postup ani cíl tak jednotný jako u dolních končetin. Zvolíme některou z těchto možností:

- Kosmetická protéza- má pouze psychologický efekt, brání úplně funkci amputované ruky
- Nácvik zdravé ruky a pahýlu bez protézy- pokud je pahýl dlouhý, slouží k přidržování a tím pomáhá zdravé ruce. Na jeho konci se vyvine jemná citlivost
- Vybavení funkční protézou- je velmi důležité u oboustranné amputace. Nedostatek těchto protéz je však v tom, že sice nahrazují motorickou funkci, ale nedokážou nahradit funkci senzitivní (kožní citlivost). Je několik druhů protéz: *pracovní protéza*



*s funkčním nástavcem (háček, kladivo), mechanická ruka (pohyb přenášen pomocí lanek), bioelektrická protéza (pohyb provádí elektromotor), funkční chirurgická úprava paželu (Votava in Pfeiffer 1989).*

## 4. Psychosociální situace seniorů s tělesným postižením

### 4.1 Metody a cíle šetření

**Hlavním cílem** bakalářské práce bylo analyzovat vliv získaného tělesného postižení (konkrétně amputace) ve stáří na život člověka a zjistit, jakým způsobem se vyrovnává s omezením tělesné hybnosti.

**Dílčími cíli** bylo zjistit, zda se člověk v pokročilém věku naučí chodit na protézách a zda má na život na vozíku nějaký vliv život na vesnici nebo život ve městě.

K naplnění cíle byly zvoleny tyto výzkumné teze:

- 1) Jedinci, kterým byla cukrovka diagnostikována v dospělosti a stáří, mají problémy s dodržováním její správné léčby.
- 2) Jedinci v pokročilém věku se jen stěží vyrovnávají se získaným tělesným postižením.
- 3) Lidem v pokročilém věku dělá problémy naučit se chodit na protézách.
- 4) Ve městě jsou lepší podmínky pro život na invalidním vozíku než na vesnici.

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda, konkrétněji metoda polostandardizovaného rozhovoru, kdy byly kladeny připravené otázky, které měly lépe přiblížit situaci v důležitých fázích života člověka se získaným tělesným postižením. Otázky se týkaly života před amputací končetin, pobytu v nemocnici po amputaci a následné rehabilitaci, ale především se týkaly návratu do běžného života. Otázky byly položeny šesti různým jedincům (4 muži a 2 ženy), kteří trpí syndromem diabetické nohy a byla jim amputována jedna nebo obě dolní končetiny. Nejmladšímu respondentovi bylo 61 let a nejstaršímu 86 let. Všichni dotazovaní pocházejí a žijí v jižních Čechách s výjimkou jednoho. Pouze jeden respondent žije v domově pro seniory, ostatní žijí doma.

## 4.2 Případové studie

### PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1= M1:

Jméno: Pan R.

Narozen: 1941

Věk: +69 let

Diagnóza: Amputace dolních končetin z důvodu ischemie

#### **Celková charakteristika**

Pan R. žil společně s manželkou (paní M.) v rodinném domku v jednom malém městečku. Pan R. byl střední postavy a trpěl nadváhou. V 52 letech mu byla diagnostikována cukrovka II. typu, tudíž musel pravidelně užívat inzulin. Před čtyřmi lety mu byly amputovány obě dolní končetiny z důvodu ischemie. Ve svých 66 letech si musel zvykat na život na invalidním vozíku. Pan R. si na své nové omezení zvykl poměrně rychle a velmi dobře se s ním vyrovnal. Dnes už je bohužel pan R. po smrti. Koncem prosince loňského roku strávil pan R. opět pár týdnů v nemocnici kvůli neprokrvování pahýlu, následně na to mu přestaly pracovat ledviny. Této komplikaci nakonec pan R. podlehnul.

#### **Rodinná anamnéza**

Pan R. vyrůstal v rodině s nevlastním otcem a mladším nevlastním bratrem. S pravým otcem se nestýkal, protože ten žil v Rakousku. Jeho mladší bratr zemřel zhruba ve 40 letech na rakovinu a matka zemřela v 31 letech na srdeční vadu.

#### **Osobní anamnéza**

Pan R. se narodil 14. 1. 1941 z prvního těhotenství matky. V dětství prodělal běžné dětské nemoci, nic závažnějšího. Jako mladý byl celkem sportovně založen, na střední škole hrál závodně házenou. Pan R. studoval osmileté gymnázium, ze kterého v polovině studia přestoupil na střední zemědělskou školu. Po škole nastoupil do zemědělského družstva v Malontech, kde potkal svou budoucí manželku paní M., se kterou vychoval tři zdravé, dnes už dospělé děti a sedm zdravých vnoučat.

V 52 letech se u něho začaly objevovat zdravotní komplikace, byla mu diagnostikována cukrovka II. typu a podstoupil operaci srdce, kdy mu bylo voperováno pět bypassů. I přesto, že pan R. trpěl poměrně silnou cukrovkou, která se mu časem ještě zhoršila

a hladina cukru v krvi mu neustále kolísala, nikdy nedodržel správnou životosprávu. Jako ředitel zemědělského družstva se v práci často stresoval, nejedl pravidelně a vlastně nedržel ani řádnou dietu. Časem se to na něm však začalo podepisovat. Musel si píchat větší dávku inzulínu, začal přibírat na váze, do toho se mu opět začaly objevovat problémy se srdcem, kolikrát i s dýcháním.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Před čtyřmi lety si zranil prst na levé noze, spadl mu na něj špalek. Nejdříve mu z prstu odpadnul nehet, následně začal prst hnít a černat. Prst byl dlouhou dobu léčen pouze nějakými mastičkami, protože místní doktoři nevěděli, co s prstem je. Až po několika měsících, kdy se prst stále nehojil a spíše vypadal hůř, jel pan R. k jinému odborníkovi. Ten přišel na to, že prst už je mrtvý. Z důvodu ischemie a následné gangrény, která se objevila i u dalších prstů, mu byly amputovány tři prsty u levé nohy. Až po operaci se ukázalo, že se ischemie rozšířila i dále do nohy, a proto mu lékaři museli amputovat levou nohu nad kolenem. Tuto operaci pan R. málem nepřežil, selhávalo mu srdce a dostala se mu voda do plic. Lékařům se ho však podařilo zachránit. Zhruba měsíc na to se u pacienta objevily problémy s pravou dolní končetinou, která mu musela být pro zjištění ischemie také amputována, tentokrát pod kolenem. Obě amputace pan R. podstoupil v českobudějovické nemocnici, kde podstoupil i následnou rehabilitaci a navštěvoval psychologa. V nemocnici strávil zhruba půl roku.

Cílem rehabilitace bylo naučit pacienta ovládat invalidní vozík, pohybovat se s ním a dále nácvik sebeobsluhy. Pan R. musel posilovat ruce, aby měl dostatek sil s vozíkem manipulovat. Učil se, jak správně přelézt z postele na vozík a z vozíku na toaletu a naopak. Učil se manipulovat s vozíkem jak v prostoru nemocnice, tak i mimo budovu nemocnice, aby si zvyknul i na jiný terén. Zhruba po třech měsících měl pan R. nárok na protézy na obě nohy, ty také dostal a musel se na nich naučit chodit. Původně mu je však lékaři vůbec nechtěli povolit vzhledem k jeho pokročilému věku a zdravotnímu stavu, protože naučit se chodit s protézami je velmi fyzicky náročné. Pan R. ale všechny velmi příjemně překvapil. Hodně cvičil a velmi brzy začal dělat pokroky. Po několika týdnech prošel na protézách celý pokoj. Samozřejmě se to potýkalo s několika pády, které tomuto úspěchu předcházely. Lékaři i zdravotní sestry byli v šoku, nevěřili tomu, že by se pan R. mohl naučit tak rychle a tak dobře na protézách chodit. V jednom českobudějovickém obchodě se zdravotnickými potřebami si dokonce jeho chůzi na protézách fotili a tyto fotografie ukazovali ostatním zákazníkům jako důkaz toho, že i v tak pokročilém věku se člověk nevzdá a naučí se s protézami chodit. Pan R.

procházel i dalšími složkami ucelené rehabilitace, které ho měly připravit na odchod z nemocnice a na návrat domů.

### **První pocity**

Amputace znamenala pro pana R. velký šok. Představoval si, jak bude v důchodu jezdit se svojí ženou a vnoučaty na výlety po republice a najednou neměl nohy a byl připoután na invalidní vozík. Tím se jeho představy úplně rozplynuly. Zpočátku u něho přetrvával názor, že zbytek života stráví pouze za zdmi svého domu. Jelikož strávil v nemocnici zhruba půl roku a byl zde obklopen lidmi, kteří měli podobný osud jako on sám, zjistil, že se i bez nohou dá žít plnohodnotný a šťastný život. Navíc ho ve všem silně podporovala rodina, která ho pravidelně v nemocnici navštěvovala a vždy, když potřeboval, měl někoho nablízku. Byla mu vždy velkou oporou.

### **Návrat domů**

Návrat domů pro něho nebyl zrovna jednoduchý. Najednou si musel zvykat na to, že se kolem něj pohybují zdraví lidé a že za ním nestojí zdravotní sestra, která mu vždy pomůže při přesunu z postele na vozík. Musel se naučit být víc samostatný. Změna to byla i pro jeho manželku, která se stala zároveň jeho asistentkou a pomocnicí. I ona musela změnit a přizpůsobit svůj dosavadní život nově vzniklé situaci. Musela se naučit pomoci panu R. při přesunu z postele na vozík nebo naopak, musela ho mýt, převlékat, ale především se musela naučit trpělivosti, jelikož pan R. byl často nevrlý a svou špatnou náladu si vybíjel právě na ní. Po návratu pana R. domů se muselo udělat i pár stavebních úprav na domě, ve kterém žil. Musely se rozšířit dveře na toaletu, vymontovat všechny prahy u dveří, namontovat madla v koupelně a na toaletě, před hlavním vchodem se musela vybudovat rampa, aby pan R. mohl vjet do domu. Jelikož pan R. se svojí ženou žil v několikaposchodové vile, museli si najednou to nejdůležitější přesunout do přízemí, kde měli k dispozici pouze kuchyň a jídelnu, ze které udělali ložnici. Žili společně v malém městečku na jihu Čech, kde nebyly ani chodníky, obchody, ani restaurace moc uzpůsobené pro osoby na invalidním vozíku, takže měl i omezenou možnost pohybu po městě. Z počátku byl velký problém dostat se i do ordinace místní obvodní lékařky. Její ordinace se sice nachází v přízemí, ale do budovy lékařského střediska vedly pouze strmé schody. Až po nějakém čase byla u vchodu do budovy vybudovaná plošina pro vozičkáře. Stejný problém byl i s místní lékárnou, kde už nyní mají také plošinu.

### **Kompenzační pomůcky**

Kvůli amputaci obou dolních končetin si pan R. musel pořídit invalidní vozík, který by mu umožnil pohyb. Nárok na invalidní vozík má každý pojištěný jedinec, který je schopen používat horní končetiny. Pojištěný má právo na jeden invalidní vozík za pět let. Předepisuje ho smluvní lékař pojišťovny. Opravy vozíků jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou ve výši 90%. Pan R. vystřídal po dobu čtyř let tři invalidní vozíky. První invalidní vozík měl závadu na kolečkách, tudíž mu byl vozík vyměněn. Na ten druhý vozík si pan R. stěžoval, protože měl úzká kola a byl vratký. Vozík mu byl vyměněn za ten původní, který už měl nová kolečka. Později si pan R. koupil sám přes internet elektrický vozík značky Meyra. Tento vozík byl pro něj nejvýhodnější a nejpohodlnější, jelikož byl pan R. už starší a byl silnější postavy, neměl tolik síly, aby na mechanickém vozíku zvládl ujet delší vzdálenosti. Invalidní vozík mu nahrazoval nohy a pomáhal k nezávislému pohybu, ovšem neustálé sezení na vozíku s sebou přináší i mnoho zdravotních problémů a komplikací. Pan R. si často stěžoval na otlaky a bolesti zad. Ty se snažil eliminovat změnou posedu na vozíku, ale nejvíce se mu ulevilo, když si mohl lehnout do postele a nejlépe na bok. Pan R. se snažil pohybovat nejen na invalidním vozíku, ale i s protézami a berlemi. Pan R. měl každou protézu jinak dlouhou, jedna mu končila pod kolenem a druhá nad kolenem. S kratší protézou neměl nikdy žádný problém. Horší to bylo s delší protézou. Když ji poprvé dostal, zjistil, že je protéza moc dlouhá a tudíž nekoresponduje s délkou druhé končetiny. Protéza mu tedy byla vyměněna za novou, se kterou už neměl žádné větší problémy. Jediná velká nevýhoda této protézy byla ta, že na jejím konci byl kožený pásek, který si pan R. musel obvázat kolem svého těla, aby mu protéza správně a pevně držela. Tento pás byl nepříjemný a pan R. si občas stěžoval, že ho pás tlačí. Jelikož byl dům patrový a přízemí mělo poněkud omezené prostory, musel si pan R. pořídit schodolez, aby se dostal do koupelny, která byla o patro níž. Jednalo se o schodolez s obsluhou, tudíž s ním manipulovala především paní M. Schodolez, jako kompenzační pomůcka, není hrazen pojišťovnou, proto si ho pan R. musel koupit sám přes internet. Pan R. měl vždy představu, že ve stáří bude jezdit na výlety se svými vnoučaty a manželkou. Tento jeho sen se mu částečně splnil, když si pořídil automobil značky Fiat Panda, který byl upravený právě pro tělesně postiženého řidiče. Automobil neměl pedály a ovládal se výhradně jen rukama. Automobil dodával panu R. pocit soběstačnosti a uspokojení.

### **Tělesná aktivita, sebeobsluha, volný čas**

Pan R. se díky rodině a i díky okolí, které ho přijalo zpátky do běžného života velmi dobře, brzo smířil se svým znevýhodněním a začal žít normálním životem. Moc dobře si

uvědomoval, že se život nezměnil jenom jemu, ale i jeho manželce, která se o něho stará, a proto se snažil jí tuto péči co nejvíce usnadnit. Naučil se sám se oblékat, nandávat si protézy, dokázal se sám přesunout z postele na vozík a z vozíku na toaletu, dokázal se sám postavit z vozíku pomocí berlí a opět si na vozík sednout, i když u toho občas menší pomoc potřeboval. Snažil se své ženě pomáhat i při práci v domácnosti, naučil se mýt a utírat nádobí, někdy pomáhal při vaření, dokonce se naučil i sám vysávat.

Po návratu z nemocnice pro něho bylo velmi důležité trénovat chůzi o berlích, k tomu potřeboval mít pan R. sílu v rukou, proto každé ráno a večer posiloval s činkami. Netrvalo dlouho a pan R. opravdu začal dělat v chůzi pokroky. Dokázal bez nějakých větších problémů projít celou chodbu tam a zpět a později dokonce zvládl vyjít i schody. Bohužel, se pan R. ale po nějaké době opět začínal potýkat s obezitou. Po půlročním pobytu v nemocnici se vrátil domů velmi hubený. Ovšem díky domácí stravě, nedodržování diety a omezeným možnostem pohybu začal opět přibírat na váze. Kila navíc mu samozřejmě ještě o něco více znemožňovala pohyb. Byl těžký na to, aby se přesunoval lehce z vozíku na postel, dělala mu problém i chůze o berlích. Problém s tím měla i jeho žena, které dělalo čím dál tím větší obtíže pana R. na vozíku utlačit. Snad i toto byl důvod ke koupi elektrického vozíku. Pan R. proto začal posilovat i břišní svaly. Avšak toto cvičení bylo celkem neefektivní. Pan R. totiž nedokázal držet takovou dietu, jakou by při své velmi těžké cukrovce měl. Jeden den se najedl hodně, druhý den si řekl, že bude jíst málo, takže si za celý den dal pouze jednu nebo dvě malé porce jídla, díky tomu se často potýkal s nočními záchvaty z nedostatku cukru v krvi.

## **Rodina**

Rodina byla pro pana R. vším. Stála při něm v těch nejtěžších chvílích, které prožil, a byla mu vždy oporou. Krátce před svou smrtí oslavil pan R. se svou ženou 45. výročí svatby. Strávili spolu tedy většinu svého života. Když se potkali, neměl už ani jeden z nich rodiče, a proto si museli rodinu vybudovat sami. Vychovali spolu tři zdravé, dnes už dospělé děti- syna a dvě dcery. Byl na své děti velmi hrdý a byl velmi šťastný, když mu dali sedm krásných vnoučat- šest vnuček a jednoho vnuka. Vnoučata pro něho byla vším, trávil s nimi veškerý svůj volný čas. Byla to právě jeho rodina, která mu pomohla vyrovnat se se ztrátou končetin a vrátit se zpět do normálního života. Díky ní si uvědomil, že není všem dnům konec, že jsou zde lidé, kterým záleží na tom, aby byl spokojený, zdravý a veselý.

## **Srovnání života před amputací a po amputaci**

Před amputací dolních končetin vedl pan R. spokojený život staršího pána v důchodovém věku. Ve svém věku se potýkal s ne zrovna malými zdravotními problémy a komplikacemi. Nejčastěji se jednalo o problémy s dýcháním nebo komplikace spojené s cukrovkou. Měl za sebou velkou část svého života, kterou prožil spokojeně po boku své ženy. Žil na malém městě, kde měl spoustu přátel a bývalých kolegů ze zemědělského družstva, kde dělal před nástupem do důchodu ředitele. Užíval si zaslouženého důchodu. Většinu svého volného času trávil na cestách, navštěvoval své děti a vnoučata, své známé a kamarády a velmi rád se jezdil dívat na místa, kde vyrůstal. Tento spokojený a klidný život mu zkomplikovala amputace obou dolních končetin. V tu chvíli se mu život od základu změnil. Přišel o nohy a jeho jedinou možností pohybu byl invalidní vozík. Svou amputací velice trpěl, ale zároveň si uvědomil, že, i přestože nemá nohy, může dokázat spoustu věcí. Ve svém pokročilém věku a poměrně špatném zdravotním stavu, se dokázal jako jeden z mála naučit chodit s protézami a řídit automobil. Díky tomu, že už nechodil nějaký čas do práce a byl v důchodu, nebyl pro něj až takový šok zůstat doma. Z počátku si však myslel, že zbytek svého života na invalidním vozíku stráví pouze za zdmi svého domu, naštěstí brzy zjistil, že i na vozíku se dá dělat spousta věcí, které provozoval i dříve. Pan R. dokázal brát své postižení s humorem a nadsázkou a užíval si života takového, jaký je. Moc si vážil své rodiny, přátel a především své ženy za to, že se k němu nikdy neobrátili zády a vždy stáli při něm.

## **PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2= M2:**

Jméno: Pan J.

Narozen: 1950

Věk: 61 let

Diagnóza: Amputace obou dolních končetin z důvodu ischemie

## **Celková charakteristika**

Panu J. je 61 let. Žije se svou manželkou v druhém patře činžovního domu v Třeboni. Pan J. má tři dospělé děti a dva malé vnuky. Cukrovkou II. typu trpí už více jak deset let, tedy od svých padesáti let. Před dvěma lety mu byla amputována pravá dolní končetina. Pan J. se s tím vyrovnal velmi dobře a velmi rychle. Po roce a půl mu však museli amputovat i druhou končetinu. To pan J. nese velmi těžce. Dříve býval obézní a byl to silný kuřák, po první amputaci zhubnul 30 kilo a přestal kouřit.

### **Rodinná anamnéza**

Pan J. vyrůstal pouze se svou matkou a mladším bratrem. Svého otce nikdy nepoznal. Jeho mladší bratr ještě žije a jeho matka umřela před dvaceti lety na srdeční zástavu.

### **Osobní anamnéza**

Pan J. se narodil v roce 1950 z prvního těhotenství matky. Během svého dětství nebo mládí neprodělal žádné závažnější choroby. Pan J. se vyučil elektrikářem. Jako elektrikář se živil až do svých 55 let, kdy nastoupil do důchodu a začal pracovat v trafice. Svou ženu poznal ve svých osmnácti letech ve Štěpánově u Olomouce, kde žil do svých osmnácti let. Poté spolu odešli do Třeboně a zde žijí dodnes. Mají spolu tři dospělé a zdravé děti a dva malé vnuky.

V 50 letech mu byla diagnostikována cukrovka II. typu. I přesto, že už od počátku měl cukrovku poměrně silnou a musel si píchat inzulin, nedodržel žádnou dietu. Nikdy se v jídle neomezoval, jedl vždy všechno, až na zeleninu a ovoce.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Před dvěma lety si pan J. zranil palec na pravé noze, odpadl mu nehet a prst mu po nějakém čase začal černat. Pan J. šel tedy k doktorovi a ten mu oznámil, že mu budou muset amputovat nohu z důvodů gangrény. Nohu mu amputovali v půlce stehna. Pan J. strávil v nemocnici zhruba měsíc. Neměl žádné zdravotní komplikace a pahýl se mu léčil velmi dobře. Pan J. podstoupil následnou rehabilitaci, jejímž cílem bylo naučit ho ovládat invalidní vozík, pohybovat se s ním a zvládat sebeobsahu. Nějaký čas pan J. navštěvoval i místní psycholožku, která mu pomáhala se s nově vzniklou situací smířit, ale jak sám tvrdí, s tím, že přišel o nohu, se smířil velmi brzo. Nejvíce mu pomohla rehabilitační sestra, která ho učila chodit o berlích a pomáhat si zdravou nohou, obdivoval ji v tom, že si s ním dokáže poradit, i přesto, že v době rehabilitace vážil pan J. přes sto kilo.

Větší šok však pro pana J. znamenala amputace druhé nohy, kterou podstoupil před půl rokem. Zvykl si na to, že levou nohu používá jako oporu a že mu umožňuje aspoň nějaký pohyb. Byl beznadějný, protože po první amputaci přestal kouřit a myslel si, že už ho amputace nemůže nikdy potkat. Dodnes se s amputací druhé končetiny úplně nevyrovnal.

### **První pocity**

Amputace byla pro pana J. veliký šok. Zvláště, když mu lékař řekl, že z velké části má na tom podíl i jeho cukrovka a kouření. Pan J. byl v té době silný kuřák, kouřil krabičku denně. Byl na sebe našťvaný, myslel si, že si to celé způsobil sám. Po operaci si pan J. umínil, že se naučí



všechno zvládnout sám, aby svou ženu co nejméně omezoval. Zhubnul skoro o třicet kilo, naučil se chodit o berlích, přestal kouřit, byl se sebou spokojený. Po zjištění, že bude muset podstoupit i amputaci druhé nohy se opět zhroutil. Nedokázal se smířit s tím, že bude žít bez obou nohou a že už bude opravdu uvázaný na invalidní vozík. Dnes už se aspoň trochu smířil s tím, že přišel o obě nohy a snaží se vzniklou situaci nějak řešit. Uvažuje o tom, že si zažádá o protézy a naučí se chodit pomocí nich.

### **Návrat domů**

Návrat domů nebyl pro pana J. úplně jednoduchý. S manželkou bydlí v druhém patře činžovního domu, což není pro člověka na invalidním vozíku úplně nejlepší prostředí. Původně uvažovali i o stěhování, ale to nakonec s manželkou zamítli a zůstali ve svém starém bytě. Ten se však musel uzpůsobit tak, aby se po něm pan J. mohl pohybovat. Vybourali a zvětšili dveře a přestěhovali nábytek, který panu J. překážel, do zadního pokoje, kam pan J. nechodí. Také museli dát pryč koberce, které brzdily vozík. Velkou oporou je pro pana J. jeho syn, který bydlí v přízemí a pomáhá mu dostat se ven z domu. Vždy mu ze schodů snesl vozík a pan J. sešel po schodech sám. Teď jeho syn snáší i jeho, což je panu J. nepříjemné, a proto přestal chodit ven.

### **Kompenzační pomůcky**

Pan J. si kvůli amputaci pořídil invalidní vozík, který mu hradí pojišťovna. Když měl ještě jednu nohu, tak se snažil používat spíše berle než vozík, ale teď už používá pouze invalidní vozík. Pan J. uvažuje o protézách, aby se opět mohl pohybovat o berlích. Dále má ještě namontovaná madla v koupelně, na toaletě a u postele.

### **Sebeobsluha, volný čas**

Po návratu z nemocnice chtěl být pan J. co nejvíce samostatný, proto se naučil všechno potřebné obstarávat sám. Naučil se sám oblékat, umýt se, dokonce doma i uklízí. Jediné, co mu dělá problém je dostat se do vany a ven z domu po schodech.

Díky druhé amputaci, se kterou se dodnes pan J. úplně nevyrovnal, tráví většinu svého času doma čtením nebo koukáním na televizi. Když má jeho syn čas, tak jde s panem J. na procházku a většinou zajdou někde do hospody na pivo.

### **Rodina**

Pan J. žije se svou ženou už 43 let a mají spolu tři dnes už dospělé děti (dva syny a jednu dceru). Jeho dcera má dva syny, jednomu je dvanáct, druhému pět let. Rodina je panu J. velkou oporou. Všichni mu ochotně pomáhají, ale přehnaně ho nerozmazlují. Dávají mu prostor, aby

zvládl vše udělat sám. Právě díky své manželce se tak rychle smířil s první amputací. Nechtěl ji nějak omezovat, nechtěl, aby na všechno byla sama, a tak si umínil, že se naučí postarat se o sebe sám a to se mu také podařilo.

### **Srovnání života před a po amputaci**

Před amputací žil pan J. celkem poklidný život. Byl v důchodu, na poloviční úvazek chodil pracovat do trafiky. Neměl žádné vážnější zdravotní komplikace, pouze jednou prodělal srdeční infarkt. Od padesáti let trpěl cukrovkou II. typu. Byl to silný kuřák a trpěl obezitou. Většinu svého života prožil po boku své ženy v Třeboni, malém městě na jihu Čech.

V jeho 59 letech mu byla amputována pravá dolní končetina. Pan J. se s touto situací smířil velmi rychle, nechtěl své ženě přidělovat starosti a naučil se postarat se o sebe sám. S jednou nohou se naučil chodit o berlích tak, že skoro nepotřeboval invalidní vozík. Po nějaké době mu však byla amputována i druhá noha, s čímž se dodnes pan J. úplně nesmířil.

Amputace s sebou přinesla jak klady, tak zápory. Po amputaci přišel pan J. o práci, jelikož trafika, ve které pracoval, byla příliš malá pro invalidní vozík, a šel do invalidního důchodu. Protože bydlí ve druhém patře činžovního domu, skoro nechodí ven, a tudíž většinu času tráví doma nad knížkami nebo u televize. Po psychické stránce na tom není pan J. úplně nejlépe, stále se nevyrovnal se ztrátou druhé končetiny a tedy s úplným připoutáním na invalidní vozík. Amputace mu však přinesla i nějaká pozitiva. Po první amputaci si uvědomil, že by měl se sebou něco udělat, a tak přestal kouřit a za poměrně krátkou dobu zhubnul o třicet kilo. Dnes uvažuje o tom, že si zažádá o protézy, aby se mohl aspoň nějak odpoutat od invalidního vozíku.

### **PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3= Z1:**

Jméno: Paní K.

Narozena: 1931

Věk: 79 let

Diagnóza: Amputace pravé dolní končetiny z důvodů ischemie.

### **Celková charakteristika**

Paní K. žije sama v garsonce v Jindřichově Hradci od té doby, co jí před pěti lety umřel manžel. Má dvě dospělé děti, dceru a syna, a tři vnoučata. Přibližně v jejích padesáti letech jí byla diagnostikována cukrovka II. typu, proto musí pravidelně užívat inzulin. Před třemi lety,

v jejích 76 letech, ji byla amputována pravá dolní končetina z důvodu ischemie a následné gangrény. V takto pokročilém věku si musela zvyknout na život na invalidním vozíku.

### **Rodinná anamnéza**

Paní K. pochází z Třeboně, kde žila se svými rodiči a mladší sestrou. Dnes už jsou oba její rodiče mrtví. Má pouze mladší sestru.

### **Osobní anamnéza**

Paní K. se narodila v roce 1931 z prvního těhotenství matky. V mládí neprodělala žádné vážnější choroby. Po základní škole začala pracovat jako švadlena. Ve svých dvaceti letech odešla do Prahy, kde po nějaké době začala pracovat jako úřednice v bance. V Praze žila se svým manželem a porodila dvě děti, dceru a syna.

Zhruba v padesáti letech se u ní objevila cukrovka II. typu. Musela začít pravidelně užívat inzulin. Pár let na to se u ní začaly objevovat další zdravotní komplikace, arterioskleróza a chronická bronchitida. Před třemi lety se jí na pravé noze začaly objevovat veliké boláky. Paní K. je léčila bylinnými mastičkami, ale nic nezabíralo. Šla tedy k doktorovi a ten jí řekl, že jí budou nohu muset amputovat, protože přišla pozdě a noha už se nedá zachránit.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Během týdne paní K. nastoupila do nemocnice v Jindřichově Hradci. Po operaci měla paní K. problémy s dýcháním a v nemocnici zůstala tři měsíce. Již po měsíci ji pouštěli na den domů za rodinou, ale pokaždé se musela na noc vrátit. Celé tři měsíce v nemocnici ji lékaři a sestry připravovali na návrat domů mezi zdravé lidi. Pravidelně navštěvovala psycholožku, která se jí snažila co nejlépe po psychické stránce připravit na návrat domů. Nejvíce jí však pomohla zdravotní sestra, která ji učila, jak se pohybovat na invalidním vozíku a učila ji, co nejlépe zvládnout sebeobsahu. Paní K. se učila přesouvat se z vozíku na postel a naopak, učila se chodit na toaletu a sama se umýt. Místní fyzioterapeutka s ní posilovala ruce, aby měla paní K. sílu na ovládání vozíku. Vzhledem k jejímu vysokému věku a nepříliš dobrému zdravotnímu stavu neměla paní K. nárok na protézu.

### **První pocity**

Když se paní K. dozvěděla, že přijde o nohu, byl to pro ni šok. Do té doby si totiž myslela, že o končetiny přicházejí lidé pouze po úrazech. Šla i k jinému lékaři, protože byla přesvědčená, že její doktor si neví rady, a proto jí chce nohu raději amputovat. Ten jí však řekl úplně to samé, že jí nohu budou muset vzít kvůli vzniklé gangréně. Paní K. odmítala operaci

podstoupit a byla rozhodnutá žít dál s odumřelou nohou. Lékař ji však varoval, že tak může umřít i ona sama, a tak nakonec paní K. operaci podstoupila. Po amputaci byla ale nešťastná a vyčítala si, že se k ní nechala přemluvit. Celé dny probřečela, nechtěla jíst, pít, ani nikoho vidět. Původně chtěla zůstat v nemocnici napořád, aby ji mohli vidět jen lékaři a zdravotní sestry a nepřišla do kontaktu s nikým jiným. Ale samozřejmě věděla, že to nejde, a proto se těšila domů, až se tam zavře a nebude vycházet a nikoho pouštět dovnitř. Dnes už si celkem zvykla na to, že jí chybí jedna noha, i když, jak sama říká, nikdy si asi nezvykne úplně.

### **Návrat domů**

Domů se paní K. velmi těšila, tři měsíce v nemocnici pro ni byly příliš dlouhé. Na nějaký čas se k ní do garsonky nastěhoval její syn, který jí zpočátku se vším pomáhal. Paní K. bydlí v garsonce v přízemí, před bytem ani před domem nejsou žádné schody, takže do bytu se s vozíkem dostane. Jediné, co jí nevyhovovalo, byla koupelna. Byla příliš malá a paní K. se do ní s vozíkem nedostala. Proto syn paní K. zavolal řemeslníka, který celou koupelnu přestavěl, proboural dveře, aby odpovídaly rozměrům vozíku a paní K. mohla projet a namontoval madla k vaně a k toaletě. Všude u dveří se musely odstranit prahy a paní K. si musela pořídit novou postel s vyšší a tvrdší matrací.

Syn však nemohl u paní K. zůstat napořád, musel se vrátit ke své rodině a k práci, proto přemýšleli, jak to vyřešit, aby na paní K. občas někdo dohlédl. Již dříve ji navštěvovala zdravotní sestra z místního domova důchodců, vždy jednou za týden přišla a pomohla paní K. s domácností. Po amputaci začala k paní K. sestřička docházet každý den, přinese jí nákup, noviny, pomůže s úklidem a pomáhá jí i s hygienou, protože paní K. dělá problémy dostat se do vany a umýt se.

### **Kompenzační pomůcky**

Paní K. si kvůli své amputaci poříдила pouze mechanický invalidní vozík. Většinu času tráví na něm, nemá dost síly na to, aby se učila chodit o berlích. Má pouze hůl, o kterou se občas opírá při přesunu z vozíku. Dále si nechala do koupelny namontovat zdravotní madla a má novou vyšší a tvrdší matraci, která jí umožní dostat se lépe na invalidní vozík.

### **Tělesná aktivita, sebeobsluha, volný čas**

Paní K. žije sama, a proto se o sebe musí umět co nejlépe postarat. Zvládne se sama obléct, umýt, vyčistit si zuby, uvařit si kávu a udělat si něco k jídlu. Jediný problém má s vanou, sama nemá dost síly na to, aby se do ní dostala, tak vždycky čeká na sestřičku, která jí s tím pomůže. Ve svém volném čase si nejraději čte nebo kouká na televizi. Občas ji vezme nějaká

sousedka na procházku nebo za ní přijde na návštěvu. Když její rodina jede na chalupu, vždy ji vezmou s sebou a tam jim pomáhá s vařením nebo s lehčími pracemi na zahradě. Ve svém věku už není paní K. příliš aktivní, po amputaci se snažila posilovat ruce, aby zvládla ovládat vozík, ale bylo to na ni příliš namáhavé, a tak s tím přestala. To je také důvod, proč na vozíku ujede pouze krátké vzdálenosti, pohybuje se na něm především po svém bytě.

### **Rodina**

Paní K. žije sama, před pěti lety jí umřel manžel. Dnes už má pouze své dvě děti, dceru a syna, a tři skoro dospělá vnoučata. Obě děti bydlí se svými rodinami v Praze. Při každé vhodné příležitosti však paní K. navštěvují, berou ji s sebou na chalupu a starají se o ni. Když jsou v Praze, tak jí každou chvíli volají, aby se necítila být sama.

### **Srovnání života před a po amputaci**

Před amputací byla paní K. už několik let v důchodu, pět let, od smrti svého muže, žila sama, do práce nechodila a většinu času trávila buď doma, nebo na chalupě. Amputace pro ni byl obrovský šok, dodnes není úplně vyrovnaná s tím, že jí chybí jedna noha. Vzhledem ke svému vysokému věku se už nenaučila chodit o berlích, nedokáže ani sama pořádně ovládat invalidní vozík, protože na to nemá sílu. Většinu času tedy tráví doma. Nejraději by však trávila svůj volný čas na chalupě, kam se ale bez svých dětí nedostane. Je odkázána na ně, až tam pojedou a vezmou ji s sebou. Sama ale přiznává, že ani před amputací netrávila moc času mimo svoji garsonku, takže v tomto ohledu to pro ni není až tak úplná změna.

### **PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4= M3**

Jméno: Pan B.

Narozen: 1925

Věk: 86 let

Diagnóza: Amputace levé dolní končetiny z důvodů ischemie a následné gangrény

### **Celková charakteristika**

Panu B. je 86 let a žije sám v domově pro seniory v Českých Budějovicích, kde žije již pět let, od smrti své manželky. Má syna, který ho chodí pravidelně navštěvovat. Pan B. trpí už přes třicet let cukrovkou II. typu. Před pěti lety mu musela být amputována levá dolní končetina pod kolenem z důvodu ischemie a následné gangrény.

### **Rodinná anamnéza**

Pan B. pochází z Lišova, narodil se tam a prožil tam celý život. Pochází ze čtyř dětí, bohužel dnes už jsou všichni mrtví. Před pěti lety mu umřela manželka, se kterou žil více jak padesát let. Jeho žena umřela na rakovinu prsu.

### **Osobní anamnéza**

Pan B. se narodil v roce 1925 jako čtvrté a nejmladší dítě. Už od mládí trpí srdeční arytmií. Celý život prožil v Lišově, v malém městečku na jihu Čech. Tam potkal i svou manželku, se kterou vychoval jednoho zdravého, dnes už dospělého syna. Po základní škole se pan B. vyučil ševcem. Nějaký čas pracoval jako švec, poté až do důchodu jako gumař. Už více jak třicet let je v důchodu.

Přibližně před třiceti lety, v jeho padesáti letech, mu byla diagnostikována cukrovka II. typu. Cukrovku neměl příliš silnou, inzulin užíval pouze perorálně, ale jelikož nedodržel správnou životosprávu, cukrovka se mu zhoršila a on si musel inzulin začít píchat. Díky své ženě na inzulin nezapomínal, vždy mu to připomněla, ale po její smrti na něj zapomínal neustále. Proto mu snacha zařídila místo v domově pro seniory, aby ho měl někdo neustále na očích a připomněl mu, že si má píchnout nebo se najíst.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Před více jak pěti lety mu lékař oznámil, že mu budou muset amputovat levou nohu z důvodu neléčené ischemie. Pan B. trpěl syndromem diabetické nohy už delší dobu. Lékař mu naordinoval komplexní léčbu, kterou měl dodržovat. Léčba mu však nepomohla, noha se neléčila a postupně začala odumírat. Panu B. byla amputována levá noha pod kolenem.

Operaci pan B. podstoupil v nemocnici v Českých Budějovicích, kde strávil přibližně půl roku. Po operaci dlouho trvalo, než se mu rána na pahýlu zahojila a navíc měl problémy s dýcháním. Lékaři nevěřili, že by ho mohli zachránit. V nemocnici podstoupil následnou rehabilitaci, která vzhledem k jeho vysokému věku nebyla moc efektivní. Pan B. už neměl sílu na to, učit se chodit o berlích, dělá mu problém i ovládání mechanického invalidního vozíku, nemá na to dost síly. Vzhledem ke svému vysokému věku a zdravotnímu stavu neměl nárok na protézu. Jediné, co mu opravdu pomohlo, byly návštěvy u psychologky, která se snažila o to, aby se pan B. s nově vzniklou situací co nejlépe vyrovnal.

### **První pocity**

Když se pan B. dozvěděl, že mu budou muset amputovat levou nohu, dostal strach. Po operaci měl zdravotní komplikace, rána na pahýlu se mu špatně hojila a pan B. měl velké bolesti. Jediné, na co myslel, byla jeho žena, která už byla dlouho nemocná a byla doma sama. Pan B. se chtěl vrátit domů co nejdřív, aby ještě mohl být se svou ženou. Je přesvědčený o tom, že myšlenka na jeho ženu, ho udržela při životě. S amputací se po psychické stránce vyrovnal poměrně rychle. Jak sám řekl: *„Chybí mi jen kousíček a já nemohu stejně nikam chodit. Nějak mě to netíží.“*

### **Návrat domů**

Pan B. ležel v nemocnici skoro půl roku. Byla to pro něj hodně dlouhá doba. Těšil se domů především za manželkou. Když ho konečně z nemocnice propustili, byl velmi šťastný. Pan B. bydlel s manželkou ve druhém patře panelového domu s výtahem. Výtah i byt byl dost prostorný na to, aby se po něm pan B. mohl s vozíkem pohybovat. Jediné, co se muselo změnit, byla koupelna, kam syn pana B. namontoval madla, aby se o ně pan B. mohl opírat. Půl roku po jeho návratu domů jeho žena umřela a pan B. zůstal sám. Nedokázal se o sebe sám postarat, zapomínal si píchat inzulin, nejedl a jeho zdravotní stav se zhoršoval. Proto mu jeho syn s manželkou zařídily místo v domově pro seniory v Českých Budějovicích. Zde je pan B. pod neustálým dohledem zdravotních sester a má zde veškerý komfort. Syn se snachou ho navštěvují skoro každý víkend.

### **Kompenzační pomůcky**

Jediné, co si pan B. pořídil, byl mechanický invalidní vozík, který moc nepoužívá. Nemá dostatek síly na to, aby ho sám ovládal, takže na něj usedne jen, když ho syn nebo nějaká sestřička vezme ven na procházku. V domově pro seniory má veškeré vybavení, které potřebuje, koupelna je plně vybavena pro jedince na invalidním vozíku, obsahuje madla u vany, toalety a vanovou sedačku. Celá budova je bezbariérová, stejně jako všechny pokoje.

### **Tělesná aktivita, sebeobsluha, volný čas**

Veškerý čas tráví pan B. ve svém pokoji. Ven už skoro nevychází, pouze když přijede syn a vezme ho na procházku. Celé dny si čte nebo kouká na televizi, ale nejraději sedí, kouká z okna a přemýšlí.

Pan B. je v domově pro seniory především z toho důvodu, že se nedokázal o sebe postarat, zapomínal si brát léky, nejedl ani nepil. Tady se mu o všechno starají ošetřovatelky,

donesou mu léky, píchnou mu inzulin, donesou mu jídlo i pití. Jediné, co pan B. zvládá sám, je se obléct a vyčistit si zuby. S mytím a vším ostatním mu musí pomáhat ošetřovatelka.

### **Rodina**

Jeho žena byla pro pana B. vším. Její ztrátu stále nese velmi těžce. Jediným jeho příbuzným a rodinou je jeho syn a jeho snacha, kteří ho pravidelně o víkendech navštěvují.

### **Srovnání života před amputací a po amputaci**

Před amputací žil pan B. se svou manželkou v bytě ve druhém patře panelového domu. Trávily spolu veškerý čas. Díky své ženě nezapomínal pan B. na léky a pravidelně užíval inzulin. Po amputaci se pan B. vrátil zpátky domů ke své ženě, ale moc dlouho tam nezůstal. Jeho žena krátce po jeho návratu domů zemřela. Pan B. se o sebe nedokázal sám postarat, zapomínal na léky, zapomínal jíst i pít. Jeho zdravotní stav se velmi zhoršil. Proto mu jeho syn se ženou zařídil místo v domově pro seniory v Českých Budějovicích, aby byl pod neustálým dohledem. Dnes se panu B. vede mnohem lépe, ošetřovatelky se o něho starají, pravidelně jí, užívá léky a je zde celkem spokojený.

### **PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 5= M4:**

Jméno: Pan S.

Narozen: 1936

Věk: 74 let

Diagnóza: Amputace obou dolních končetin z důvodu neuropatie

### **Celková charakteristika**

Pan S. je čtyřiasedmdesátiletý důchodce z Českých Budějovic. Je těžce obézní a silný kuřák. Už přes třicet let trpí cukrovkou II. typu a před patnácti lety přišel o obě nohy z důvodu špatně léčené neuropatie. V dnešní době žije sám a dokáže se o sebe bez problémů postarat.

### **Rodinná anamnéza**

Pan S. pochází ze čtyř dětí, jeho dvě sestry však umřely už za druhé světové války. Oba rodiče už jsou také mrtví, oba zemřeli na mozkovou mrtvici. Jeho manželka, se kterou žil skoro padesát let, zemřela předloni nešťastnou náhodou. Jeho bratr je stále naživu, ale žije ve Francii a s panem S. se moc nestýkají.



### **Osobní anamnéza**

Pan S. se narodil v roce 1936 ze třetího těhotenství své matky. V dětství se s rodinou velmi často stěhovali. Pan S. vystudoval pouze základní školu, poté šel pracovat jako dřevorubec, čímž se živil až do roku 1992. Poté se přestěhoval s rodinou do Českých Budějovic. Zde už stálou práci nenašel a chodil pouze na občasné brigády. Se svou ženou, se kterou žil bezmála padesát let vychoval dvě zdravé dcery. V dnešní době je pan S. již v důchodu a žije sám.

Před více jak třiceti lety mu lékaři diagnostikovali cukrovku II. typu. Už od počátku měl pan S. cukrovku velmi silnou a musel si píchat inzulin. I přesto, že mu lékaři říkali, že je velmi důležité, aby dodržoval správnou léčbu, pan S. se nikdy v ničem neomazoval. Zdravě nikdy nejedl a celý život kouří.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Před patnácti lety, když mu bylo 59 let, se u pana S. začaly objevovat problémy s pravou nohou. V noci se budil, protože mu v noze mravenčilo a bolela ho. Pan S. si myslel, že si nohu nějak přeležel a tento problém nijak neřešil. Po nějakém čase se to samé objevilo i u druhé nohy. To už pan S. nevydržel a šel k lékaři. Ten zjistil, že se u něj objevila neuropatie a začal pana S. léčit. Pan S. však léčbu nedodržoval, stále kouřil, ortopedické boty nosil pouze výjimečně, ani klid na lůžku příliš nedodržoval a chodil stále do práce. To se podepsalo na jeho zdravotním stavu a nohy ho bolely čím dál tím víc. Až mu lékař řekl, že mu budou muset obě nohy amputovat.

O pár týdnů později nastoupil do českobudějovické nemocnice. Podstoupil pár vstupních vyšetření a druhý den šel na operaci. V nemocnici zůstal dva měsíce. Cílem rehabilitace, kterou pan S. podstoupil v nemocnici, bylo naučit pacienta ovládat invalidní vozík a pohybovat se s ním. Zacházet s vozíkem se pan S. naučil velmi rychle. Celý život pracoval jako dřevorubec, a proto měl hodně silné ruce. Nedělalo mu žádné problémy naučit se přesouvat z postele na vozík a naopak, nebo z vozíku na toaletu. Během pobytu v nemocnici hodně zhubnul, takže pro něj byl přesun a manipulace s vozíkem snazší. Během pobytu v nemocnici navštěvoval psycholožku, která se mu snažila ulehčit návrat domů, ale pan S. k ní chodit nechtěl, nechtěl si s ní povídat o svých pocitech. Raději vše probíral s manželkou.

### **První pocity**

Zjištění, že přijde o nohy, bylo pro pana S. šokující. Nemohl tomu uvěřit. Největší oporou pro něho v té době byla jeho manželka. Díky ní se se vzniklou situací lépe a rychleji vyrovnával.

Nechtěl se zavřít doma a jenom se litovat, chtěl jí co nejvíce pomáhat a nechtěl jí přidělovat zbytečné starosti.

### **Návrat domů**

Domů z nemocnice se pan S. vrátil po dvou měsících. Domů se velmi těšil, především za svou ženou. Bydleli v sedmém patře v panelovém domě. Tento byt byl pro pana S. příliš malý, nedokázal se v něm na vozíku pohybovat. Proto s manželkou začali shánět byt bezbariérový. Po měsíci ho našli a přestěhovali se do něj. Byt byl již plně uzpůsoben jeho potřebám. Po návratu z nemocnice se již pan S. nemohl vrátit do svého zaměstnání a šel do invalidního důchodu. Manželka mu občas sehnala nějaké brigády, které se dají provozovat doma, tak pan S. lepil obálky nebo třídil dokumenty.

### **Kompenzační pomůcky**

Domů z nemocnice přijel pan S. již na mechanickém invalidním vozíku, který v té době uměl dobře ovládat. Po návratu domů se opět začal stravovat tak jako dřív a začal opět přibírat. Po nějakém čase se mu invalidní vozík ovládal čím dál tím hůř, pan S. na něj byl moc silný. A tak mu dcery pořídily elektrický vozík. Od té doby mechanický vozík vůbec nepoužívá. Pan S. měl nárok na protézy, ale nechtěl je. Ve svém bytě má vše co potřebuje, snížený nábytek, madla u postele a v koupelně, sprchovou sedačku, celý byt je mu uzpůsobený.

### **Tělesná aktivita, sebeobsluha, volný čas**

Po návratu z nemocnice se o pana S. starala jeho manželka. On jí však nechtěl přidělovat práci navíc, a tak se postupem času naučil dělat vše, co k životu potřebuje. Od té doby, co jeho manželka zemřela, se o sebe stará sám a všechno zvládá. Zvládá se umýt, obléct, uvařit si a uklidit celý byt.

Dříve se pan S. snažil posilovat ruce, aby zvládl pohyb s mechanickým vozíkem, ale od té doby, co má elektrický vozík, nijak neposiluje.

Pan S. dělá správce bytového družstva, proto většinu svého času tráví menšími opravami v domě. Má hodně přátel mezi svými sousedy a ti ho velmi často navštěvují. Občas za ním také přijedou jeho dcery, nebo on jede za nimi. Když je hezké počasí, tak jezdí na výlety buď po městě, nebo i za město.

### **Rodina**

Velkou oporou byla pro pana S. jeho žena. Díky ní se dokázal s amputací i poměrně rychle vyrovnat a brzy se vrátil do normálního života. Starala se o něho a naučila ho veškeré

sebeobsluze. Předloni mu manželka zemřela a od té doby žije sám. Má dvě dospělé dcery, ale ty žijí daleko a vídají se málokdy.

### **Srovnání života před a po amputaci**

Pan S. trpí cukrovkou II. typu už přes třicet let. Už od počátku si píchá inzulin, ale nikdy nedržel dietu, ani necvičil nebo neprovozoval žádný sport. Jeho zdravotní stav se zhoršoval. Objevila se u něho neuropatie dolních končetin. Pan S. však nedodržoval správnou léčbu a musely mu být amputovány obě dolní končetiny. Před amputací chodil pan S. do práce a žil se svou ženou v sedmém patře panelového domu. Po amputaci přišel o práci a musel se přestěhovat do bezbariérového bytu. Po návratu z nemocnice se o něho starala jeho žena, když zemřela, dokázal se o sebe pan S. postarat úplně sám. Před i po amputaci byl pan S. obézní a silný kuřák. Dnes je pan S. spokojený, je neustále v kontaktu s lidmi, jezdí na výlety nebo na návštěvu za svými dcerami. Pouze jeho zdravotní stav se zhoršuje, má nemocné tlusté střevo.

### **PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 6= Z2:**

Jméno:           Paní V.

Narozena:       1948

Věk:             63 let

Diagnóza:       Amputace levé dolní končetiny z důvodu ischemie a následné gangrény

### **Celková charakteristika**

Paní V. je 63 let. Žije s manželem v Polné, kousek od Jihlavy. Má tři dospělé děti a čtyři vnoučata. Donedávna pracovala jako dělnice v jedné nejmenované firmě. Paní V. je lehce obézní. Už skoro dvacet let trpí cukrovkou II. typu a pravidelně užívá inzulin. Před pěti lety jí musela být amputována levá noha z důvodu ischemie. Díky tomu přišla o práci a musela si zvykat na nový život.

### **Rodinná anamnéza**

Paní V. pochází ze čtyř dětí. V osmnácti letech otěhotněla a provdala se za svého současného manžela, s nímž vychovala tři zdravé děti, dva syny a jednu dceru. Její děti jsou dnes už dospělé. Paní V. se dočkala čtyř krásných a zdravých vnoučat.

### **Osobní anamnéza**

Paní V. se narodila v roce 1948 v Hrbově, kde žila se svými třemi sourozenci, dvěma bratry a sestrou. Vystudovala pouze základní školu, poté nastoupila do mlékárny. V osmnácti letech otěhotněla a provdala se. Za svůj život vystříдалa spoustu zaměstnání, pracovala v mlékárně, ve firmě na výrobu kancelářských potřeb, na poli, kde sbírala brambory a ve firmě na výrobu toaletního papíru. Dnes je paní V. v důchodu a žije se svým mužem v rodinném domku v Polné.

Od mládí trpí lehkou srdeční arytmií. Ve čtyřiceti letech jí byla diagnostikována cukrovka II. typu. Inzulin užívá pouze perorálně, tedy ve formě tablet. Od té doby se naučila jíst poměrně zdravě, jí hodně ovoce, zeleniny, nepřejídá se a snaží se dodržovat dietu, kterou jí předepsal lékař.

### **Pobyt v nemocnici a následná rehabilitace**

Před pěti lety se paní V. začaly na levé noze dělat boláky a otoky. Paní V. si nohu léčila dlouhou dobu sama pomocí bylinek, ale nic jí nepomáhalo. Až děti ji donutily jít s tím k lékaři. Lékař jí musel oznámit, že se na noze objevila gangréna a tudíž jí nohu budou muset amputovat. Paní V. nastoupila hned po dvou dnech do nemocnice v Havlíčkově Brodě, prošla několika vyšetřeními a další den šla na sál. Paní V. strávila v nemocnici měsíc a půl, pahýl se jí velmi dobře léčil, a proto ji brzy pustili domů.

Paní V. podstoupila v nemocnici následnou rehabilitaci. Protézu odmítla, bála se, že by jí protéza komplikovala život, že by se na ní nenaučila chodit a tudíž by bylo zbytečné ji mít. Paní V. chodila na konzultace k psychologovi, který s ní mluvil o její nové situaci a snažil se ji připravit na návrat domů. Podstoupila cvičení s fyzioterapeutem, kde posilovala především ruce, aby měla dostatek síly na ovládání invalidního vozíku. Sestřičky jí učily, jak se co nejlépe a nejrychleji přemístit z postele na vozík a naopak, snažily se jí naučit být co nejvíc samostatná.

### **První pocity**

V první chvíli, co se paní V. dozvěděla, že přijde o nohu, tomu nemohla uvěřit. Nechápala, proč se to stalo zrovna jí a zhroutila se z toho. Velkou oporu měla v manželovi, který se jí snažil uklidňovat. Po operaci se paní V. necítila moc dobře, měla pocit, že nohu stále cítí, sahala si na místo, kde měla její noha pokračovat, ale už tam nebyla. Nesla to psychicky velmi těžce. Byla podezíravá, myslela si, že každý, kdo za ní přišel, se jí přišel vysmát, nebo je pohledem na ni znechucen. Nakonec se tohoto pocitu zbavila až díky psychologovi.

### **Návrat domů**

Paní V. se vrátila z nemocnice po měsíci a půl. S manželem žije v rodinném domku, který nebyl moc dobře přizpůsoben pro osobu na invalidním vozíku. Museli tedy udělat pár změn. Museli přesunout ložnici z prvního patra do přízemí, aby se paní V. nemusela každé ráno a každý večer potýkat s poměrně prudkými schody. Pár sousedů jim pomohlo s přestavbou toalety, která byla pro pohyb s vozíkem příliš malá. Její syn předělal kuchyňskou linku, snížil kuchyňský pult tak, aby mohla paní V. sama vařit, dále přidělal nájezdy na schody před domem, aby se paní V. do domu mohla dostat.

Paní V. se po amputaci už do práce nevrátila a šla do invalidního důchodu. Zaměstnavatel ji chtěl vzít zpátky, ale paní V. odmítla, byla přesvědčená, že by tu práci v tomto stavu nezvládla.

### **Kompenzační pomůcky**

Kvůli amputaci levé dolní končetiny si pořídila paní V. invalidní vozík, který jí hradila pojišťovna. Paní V. s ním začala velmi rychle a obratně zacházet. Před měsícem si paní V. pořídila nový vozík, ten starý už nesloužil tak, jak měl. Kolečka byla uvolněná a vozík byl tím pádem nestabilní. Tento vozík opět hradila pojišťovna, protože každý pojištěný má nárok na jeden vozík za pět let. V domě se muselo udělat spoustu úprav, před dům syn namontoval nájezdy na schody, v koupelně a na toaletě má paní V. k dispozici madla a vanovou sedačku. K dispozici má i berle, které ale skoro vůbec nepoužívá.

### **Tělesná aktivita, sebeobsluha, volný čas**

Paní V. je velmi zvyklá na pomoc svého manžela. Dokáže se sama obléct a vyčistit si zuby a pomáhá s vařením, ale se vším ostatním jí pomáhá manžel, nikdy jí ani nedal příležitost k tomu, aby se o sebe zvládla postarat sama. Dělá mu dobře, když se o ni může starat.

Veškerý čas tráví se svým manželem buď na zahrádce, nebo na výletech a na procházkách. Ráda pracuje na zahrádce, luští křížovky a kouká na telenovely. Nejšťastnější je, když k ní přijedou na návštěvu její děti s vnoučaty.

### **Rodina**

Paní V. žije s manželem, který se o ni každý den stará. Je pro ni velkou oporou, vždycky stál při ní a život bez něj si nedokáže představit. Spolu vychovali tři děti, dva syny a dceru, kteří je pravidelně navštěvují a dbají na to, aby se měli jejich rodiče dobře. Dbají především na jejich správnou výživu, aby paní V. dodržovala takovou dietu, jakou má. Největší radost ale dělají paní V. její čtyři vnoučata, dvě vnučky a dva vnuci.

## **Srovnání života před amputací a po amputaci**

Před amputací chodila paní V. do práce, užívala si své zahrádky, na které velmi ráda pracovala. Po amputaci se jí od základů změnil život. Musela si zvyknout na omezený pohyb, kvůli kterému museli přestavět dům i zahradu, odešla z práce a zůstala doma se svým mužem, na kterém je plně závislá. Začala více dbát na své zdraví. Ze začátku to pro ni bylo velmi těžké, především po psychické stránce. Byla podezíravá, myslela si, že se svému okolí hnusí a že se jí vysmívají, pomohly ji z toho až návštěvy u psychologa. Je velmi vděčná své rodině a především manželovi, který změnil celý svůj život a každý den se o ni stará.

## **4.3 Závěr šetření**

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo analyzovat vliv získaného tělesného postižení ve stáří na život člověka, a jakým způsobem se vyrovnává s omezením tělesné hybnosti. Dílčími cíli bylo zjistit, zda se člověk v pokročilém věku naučí chodit na protézách a zda má na život na vozíku vliv život na vesnici nebo ve městě. Problematika získaného tělesného postižení je zpracována metodou případových studií, které zprostředkovávají náhled na situaci osob, kterým byla amputována jedna nebo obě dolní končetiny a jsou upoutány na invalidní vozík.

Po zhodnocení výzkumných tezí byl učiněn závěr, že se všechny teze potvrdily.

**Teze T1:** Jedinci, kterým byla cukrovka diagnostikována v dospělosti či stáří, mají problémy s dodržováním jejího správného režimového opatření. V prvním případě u pana R. (M1) se tato teze potvrdila. Panu R. byla cukrovka diagnostikována v 52 letech, inzulin si píchal pravidelně, ale dietu nedržel, začal až, když už byl hodně nemocný a přišel o nohy, ale i tak nejedl tak, jak by měl, jedl příliš málo. Teze se rovněž potvrdila u dalších dvou případů. Pan J. (M2) i paní K. (Z1), oba trpí cukrovkou zhruba od svých padesáti let, oba inzulin užívají pravidelně, ale ani jeden není zdravě. V následujícím případě u pana B. (M3) se teze také potvrdila. Panu B. byla cukrovka diagnostikována také kolem padesátého roku života. Pan B. sice v dnešní době užívá inzulin pravidelně a dodržuje správnou dietu, ale pouze díky tomu, že žije v domově pro seniory, kde se o něj starají zdravotní sestry. Dříve si zapomínal píchat inzulin. U pana S. (M4) byla teze opět potvrzena. Cukrovka mu byla diagnostikována v jeho čtyřiceti letech. Pan S. nezapomíná na inzulin, ale zdravě nejí. V posledním případě u paní V. (Z2) byla teze vyvrácena. Paní V. trpí cukrovkou od svých čtyřiceti let, dodržuje správná režimová opatření, inzulin bere pravidelně a dodržuje správnou dietu.

**Teze T2:** Jedinci v pokročilém věku se jen stěží vyrovnávají se získaným tělesným postižením. V prvním případě u pana R. (M1) byla tato teze potvrzena. Pan R. přišel o obě končetiny v jeho 66 letech a až do své smrti se nemohl smířit s tím, že je upoután na invalidní vozík. Snažil se však nepropadat depresím, a tak chtěl své postižení pokořit (naučit se chodit na protézách, řídit auto, atd.). Ve druhém případě byla teze také potvrzena. Panu J. (M2) byla první amputace provedena v 59 letech. Dodnes se nesmířil s tím, že mu byla nakonec amputována i druhá končetina a přiznává, že už se s tím asi nikdy nevyrovná. Následující případ pana B. (M3) tuto tezi vyvrací. Panu B. byla končetina amputována v jeho 81 letech, s amputací se smířil poměrně rychle a dodnes mu nevádí, že přišel o část končetiny, protože prý stejně nikam nechodí. Paní K. (Z1), jež podstoupila amputaci ve svých 76 letech, se také dodnes s amputací své pravé dolní končetiny nevyrovnala a vždy ji prý bude trápit, že o nohu přišla, takže i v tomto případě je teze potvrzena. V následujících dvou případech je teze vyvrácena. Paní V. (Z2), které byla amputována levá dolní končetina v 58 letech, nesla zpočátku své postižení velmi těžce, vyrovnat se s tím jí pomohla její rodina a především návštěva psychologa. Dnes je s amputací plně smířena a vůbec jí nevádí, že je ve všem odkázána na svého manžela. Pan S. (M4) podstoupil amputaci obou dolních končetin v 59 letech. K amputaci se postavil „jako chlap“ a snažil se co nejdříve zapojit do normálního života především kvůli své ženě. Dnes je se svou situací plně smířen.

**Teze T3:** Lidem v pokročilém věku dělá problémy naučit se chodit na protézách. V prvním případě u pana R. (M1) byla tato teze vyvrácena. Pan R. se naučil chodit na protézách ve svých 66 letech a aktivně je používal až do své smrti. V následujících pěti případech byla tato teze potvrzena. Pan J. (M2), paní V. (Z2) a pan S. (M4) byli přesvědčeni, že jsou moc staří na to, aby se na protézách učili, a tak si o ně ani nezažádali. Pan B. (M3) a paní K. (Z1) neměli na protézy kvůli svému vysokému věku a špatnému zdravotnímu stavu nárok.

**Teze T4:** Ve městě jsou lepší podmínky pro život na vozíku než na vesnici. Tato teze byla v prvním případě potvrzena. Pan R. (M1) žil na vesnici a pohyb po vesnici byl pro něj na invalidním vozíku velmi složitý. Místní restaurace, obchody, lékárna, dokonce ani ordinace obvodního lékaře nebyla přístupná pro osoby na invalidním vozíku. Chodníky a silnice zde nejsou příliš upravované. Ve třech dalších případech je tato teze také potvrzena, ale všichni tři respondenti, paní K. (Z1), paní V. (Z2) i pan J. (M2), se shodli na tom, že historická část města není vhodná pro osoby na invalidním vozíku. Je zde spousta architektonických bariér a

největším problémem jsou tzv. „kočičáky“ nebo také „kočičí hlavy“, přes které se na vozíku nedá skoro jet. V následujícím případě je tato teze také potvrzena. Pan S. (M4) si myslí, že České Budějovice jsou v tomto směru pokrokové a na invalidním vozíku se může dostat kamkoli. Pan B. (M3) nevychází z domova pro seniory, takže se k této problematice nemohl vyjádřit.

Z analýzy jednotlivých případových studií je patrné, že přijetí a vyrovnání se s vlastním handicapem je zcela individuální a z velké části závisí i na vlivu rodiny na daného jedince. Ačkoli je závažnost i charakter znevýhodnění ve všech případech podobný a všichni respondenti podstoupili amputaci až v důchodovém věku, je míra adaptace na nově vzniklou situaci zcela jiná.



## Závěr

Tělesné postižení ovlivňuje člověka v celé jeho osobnosti. Velký dopad na psychiku člověka má především doba vzniku tělesného postižení. Velmi subjektivně a mnohem intenzivněji prožívá tuto situaci člověk, kterého na invalidní vozík upoutala chronická nemoc nebo úraz až v dospělém věku. Každý jedinec reaguje na vzniklé postižení individuálně, ale vždy potřebuje čas a pomoc okolí, aby se s náhlou ztrátou mobility vyrovnal.

Abychom docílili optimální životní úrovně člověka se získaným tělesným postižením, musíme respektovat jeho potřeby a musíme mu nabídnout a zprostředkovat takové služby, které mu umožní i přes jeho handicap zapojit se do aktivního společenského života.

Bakalářskou práci jsem si rozdělila na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část bakalářské práce tvoří tři kapitoly. První kapitola se zabývá vymezením pojmu tělesného postižení, vývojem vztahu společnosti k tělesně postiženým jedincům, klasifikací pohybových vad, osobností jedince se získaným tělesným postižením a kvalitou života. Druhá kapitola je věnována diabetu neboli cukrovce a jejím komplikacím. Dále je zde popsán i syndrom diabetické nohy. Třetí kapitola je zaměřena na ucelenou rehabilitaci a na její jednotlivé složky. Dále je zde popsána i rehabilitace při amputaci končetin.

Čtvrtá kapitola, tedy část praktická, obsahuje údaje o metodologii výzkumu a vlastní výzkumné šetření, které je založeno na případových studiích. K výzkumnému šetření byla použita kvalitativní metoda, konkrétněji metoda polostandardizovaného rozhovoru. Vycházím zde z předem připravených otázek, které byly kladeny šesti osobám se získaným tělesným postižením.

Cílem mé bakalářské práce bylo v teoretické části vymezit problematiku získaného tělesného postižení se zaměřením na amputaci a jejich následnou rehabilitaci, dále vymezit problematiku cukrovky a jejích komplikací, především syndromu diabetické nohy. Praktická část je zaměřena na vytvoření podrobných případových studií, které pomohou pohlédnout na situaci skutečných jedinců, kteří trpěli tzv. syndromem diabetické nohy a následně podstoupili amputaci jedné nebo obou dolních končetin, v důsledku čehož byli upoutáni na invalidní vozík. V šesti případových studiích jsou zpracovány informace týkající se rodinné a osobní anamnézy, pobytu v nemocnici a následné rehabilitace, prvních pocitů po sdělení diagnózy, návratu domů z nemocnice a dalších, které doplňují ucelený pohled na život jednotlivých

respondentů. Z mého šetření vyplývá, že získané tělesné postižení neovlivní pouze fyzickou stránku člověka, ale silně působí i na stránku psychickou. Velmi záleží na tom, jakým způsobem se člověk postaví k procesu rehabilitace. Zda bude spolupracovat a naučí se se svým handicapem žít a zda se dokáže sám bez pomoci jiné osoby aktivně zapojit zpět do společenského života. Dále z výzkumu vyplývá, že získané tělesné postižení neovlivní pouze život daného jedince, ale má vliv i na celou jeho rodinu a přátele.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo analyzovat vliv tělesného postižení (konkrétně amputace) ve stáří na život člověka a zjistit, jakým způsobem se vyrovnává s omezením tělesné hybnosti. Z analýzy jednotlivých případových studií vyplývá, že přijetí a vyrovnání se s vlastním handicapem je zcela individuální a z velké části závisí na vlivu rodiny na daného jedince. Závažnost i charakter znevýhodnění je ve všech případech velmi podobný, všichni respondenti podstoupili amputaci končetiny až v důchodovém věku, ale míra adaptace na nově vzniklou situaci je zcela rozdílná.

Díličními cíli bylo zjistit, zda se člověk v pokročilém věku naučí chodit na protézách a zda má na život na invalidním vozíku nějaký vliv život na vesnici nebo ve městě. Z výsledků vyplývá, že pouze jeden respondent se naučil v pokročilém věku, 66 letech, chodit na protézách a aktivně je využíval až do své smrti. Ostatní respondenti se na protézách chodit nenaučili a to z toho důvodu, že si o ně ani nezažádali, nebo na ně kvůli svému pokročilému věku a zdravotnímu stavu neměli nárok. U pěti respondentů bylo prokázáno, že podmínky pro život na vozíku jsou lepší ve městě než na vesnici. Město je pro člověka na invalidním vozíku přístupnější jak z hlediska služeb, tak architektonicky, s čím dál tím častějšími přestavbami ve městech, ubývá architektonických bariér, jediným problémem zůstává historická část města. Jeden dotazovaný se k této problematice nemohl vyjádřit, protože se nepohybuje mimo svůj domov.

## **Resumé**

Bakalářská práce celkově nahlíží na problematiku získaného tělesného postižení v dospělosti a stáří. Teoretická část obsahuje informace o tělesném postižení, věnuje se klasifikaci pohybových vad se zaměřením na získané postižení, osobnosti a kvalitě života osob se získaným tělesným postižením. Dále se zabývá problematikou diabetu neboli cukrovky, jejími komplikacemi a syndromem diabetické nohy. Závěrečná kapitola teoretické části je zaměřena na ucelenou rehabilitaci a její jednotlivé složky a na rehabilitaci při amputaci končetin.

Praktickou část bakalářské práce tvoří případové studie, pro jejichž zpracování byla použita kvalitativní metoda, konkrétně metoda polostandardizovaného rozhovoru. Pomocí metod kódování byly popsány životní etapy seniorů se získaným tělesným postižením. Z výsledků šetření vyplynulo, že i přes vysoký věk pacientů, kteří prodělali amputaci jedné nebo obou dolních končetin, se lze zapojit zpátky do společenského života a žít plnohodnotným životem.

## **Summary**

The bachelor thesis looks at the whole issue of acquired physical disability in the adulthood and the old age. The theoretical part contains informations about physical disability and deals with the classification of the movement disorders, focusing on the acquired physical disability, personality and a life quality of the people acquired physical disability. It also deals with problems of diabetes, its complications and syndrom of diabetic foot. The final chapter of the theoretical part is aimed at a comprehensive rehabilitation and its components and the rehabilitation after the amputation.

The practical part of this bachelor thesis forms the case study. To elaborate this study was used the qualitative method, specifically the semi- standart interview method. By using the coding methods have been described stages of life of seniors with acquired physical disability. The results of the survey show that patients can completely participate back to the social life and live a full life despote his high age and the amputation of one or both legs.

## Seznam použité literatury

- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- JELÍNEK, J., ZICHÁČEK, V. *Biologie pro gymnázia*. Olomouc: Studio Nakladatelství Olomouc, 2003. ISBN 80-7182-159-4.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KÁBELE, Fr., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J., *Somatopedie*, Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Problematika hodnotného života- Cukrovka*. Pardubice: Filip Trend Publishing, 2001. ISBN 80-86282-15-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989. 735 21-08/31.
- MENHERT, H., EBERHARD, S. *Rukověť pro diabetiky*. Praha: Erika s.r.o., 1991
- MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., *Předprofesní somatopedie*, Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
- PFEIFFER, J. a kol. *Rehabilitace, Léčebné, pracovní a sociální aspekty*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. P 4900/1.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*, Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- RYBKA, J. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2007.
- TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ- MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: MU, 1999. ISBN 80-210-1953-0.

VOHRADNÍKOVÁ, O., PETRUŠICOVÁ, J. *Kožní projevy při diabetes mellitus*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-38-1.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. Praha: Karolinum, 1997. 382-97-97.

### **Internetové zdroje:**

*Česká diabetologická společnost* [online]: Standardy léčby pacientů se syndromem diabetické nohy [cit. 9. 3. 2011] Dostupné na WWW: <http://www.diabetes.cz/data/standardy/8-dianoha.pdf>.

*Česká chirurgická společnost* [online]: Poradna, Diabetická noha- Podiatrie [10. 3. 2011] Dostupné na WWW: [http://www.chirurgie.cz/index.php?pId=1&show\\_detail=2](http://www.chirurgie.cz/index.php?pId=1&show_detail=2).

*Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách* [online], MPSV, 14. 3. 2006, [cit. 6. 1. 2009], Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>.

# PŘÍLOHY

---

## **Příloha č. 1**

Rozhovor č. 1:

**Jméno: Pan R.**

**Narozen: 1941**

**Věk: +69 let**

**Diagnóza: Amputace dolních končetin z důvodu ischemie.**

(rozhovor byl veden s manželkou pana R., jelikož pan R. koncem prosince zemřel)

Pan R. žil společně s manželkou (paní M.) v rodinném domku v jednom malém městečku. Pan R. byl střední postavy a trpěl nadváhou. V 52 letech mu byla diagnostikována cukrovka II. typu, tudíž musel pravidelně užívat inzulin. Před čtyřmi lety mu byly amputovány obě dolní končetiny z důvodu ischemie. Ve svých 66 letech si musel zvykat na život na invalidním vozíku. Pan R. si na své nové omezení zvykl poměrně rychle a velmi dobře se s ním vyrovnal. Dnes už je bohužel pan R. po smrti. Koncem prosince loňského roku strávil pan R. opět pár týdnů v nemocnici kvůli neprokrvování pahýlu, následně na to mu přestaly pracovat ledviny. Této komplikaci nakonec pan R. podlehnul.

### **1) Kolika let se dožil Váš manžel?**

„Mému muži bylo 69 let, zemřel těsně před svými sedmdesátými narozeninami.“

### **2) Odkud pocházel? (město, rodina, kolik máte sourozenců, atd?)**

„R. vyrůstal se svou matkou, nevlastním otcem a nevlastním bratrem. Svého pravého otce skoro neznal, protože ten žil v Rakousku a tady byly zavřené hranice, takže se vůbec nevidali. Maminka mu umřela, když byl ještě dítě, bylo jí 31 let a umřela na srdeční vadu. Jeho bratr zemřel ve čtyřiceti letech na rakovinu.“

### **3) Co Váš manžel studoval za školu?**

„R. navštěvoval osmileté gymnázium, v půlce studia ale přestoupil na střední zemědělskou školu. Proč, to nevím.“

### **4) Jaké bylo jeho povolání?**

„Hned po škole nastoupil do zemědělského družstva v Malontech, kde jsme se poznali. Po dvou letech jsme se přestěhovali do Chlumu u Třeboně, kde R. dělal „živočicháře“ na



místním statku, po několika letech byl povýšen na ředitele a to také dělal až do důchodu. V důchodu byl od 55 let.“

**5) Kouřil Váš manžel?**

„Ano kouřil. Ale nechal toho někdy kolem té padesátky, když se mu začaly objevovat zdravotní komplikace.“

**6) Jakým typem cukrovky trpěl a odkdy?**

„Myslím, že mu bylo 52 let, když mu řekli, že má cukrovku II. typu.“

**7) Dodržoval Váš muž správnou léčbu cukrovky? (píchal si pravidelně inzulin, jedl zdravě, sportoval?)**

„Ano, inzulin si píchal pravidelně, na to nikdy nezapomínal. A když zapomněl, tak jsme si brzo vzpomněli a inzulin si píchl. S jídlem to bylo horší. Ze začátku dietu nedržel, jedl v podstatě všechno. Až když byl už hodně nemocný a neměl nohy, tak jsme se dietu snažili držet oba. Jedl málo, někdy snědl třeba jen krajíček chleba za den a k večeři si dal taky jen něco malého. Jenže potom měl v noci záchvat, nemohl dýchat a bylo mu špatně, tak jsem mu musela dát čokoládu, aby se mu udělalo líp. Dcera nám koupila i kuchařku pro diabetiky, kde byly recepty pro různé stupně diabetu, ale většinou to bylo z ingrediencí, které já tady na vesnici neseženu, anebo jsou moc drahé. Tak jsme jedli normální jídla, ale málo.“

**8) Další zdravotní potíže?**

„V ten samý rok, co zjistil, že má cukrovku, podstoupil operaci srdce a bylo mu voperováno pět bypassů. Problémy se srdcem měl i v pozdějších letech, přidaly se k tomu i problémy s dýcháním. Podle mě to všechno souviselo s jeho obezitou.“

**9) Kdy a proč přišel Váš muž o končetinu?**

„Před čtyřmi lety, když mu bylo 65 let, mu spadl na nohu špalek a začal mu otékat prst. Pár dní na to, mu z toho zraněného prstu odpadl nehet a prst začal černat. Byl s tím několikrát u doktora, ale vždycky mu na to dal jen nějakou mast a vůbec to nezabíralo. Až po několika měsících, když se prst nehojil a vypadal spíš hůř, jel můj muž k lékaři do Českých Budějovic. Ten mu řekl, že prst je už mrtvý a budou ho muset uříznout. Nakonec zjistili, že mu budou muset amputovat tři prsty u levé nohy. Diagnóza zněla ischemie a následná gangréna. Až po operaci, během které mu uřízly ty tři prsty, se ukázalo, že se ischemie rozšířila a budou mu muset amputovat celou levou nohu. Tato operace byla hrozná. R. ji málem nepřežil. Dostala se mu voda do plic a doktor říkal, že mu přestávalo pracovat srdíčko. Musel mít hrozné bolesti. Já jsem doma trpěla, bála jsem

se, že to nepřežije. Nakonec se z toho ale R. dostal. Jenže ani ne měsíc na to, nám doktor oznámil, že se ischemie rozšířila i do druhé nohy a tu budou muset R. taky vzít. To bylo snad ještě horší než, když šel na tu první operaci. Už jsme se s ním všichni loučili. Nikdo nepočítal s tím, že by R. tuto operaci po tak závažných potížích přežil. Ale dopadlo to dobře. Operace proběhla v pořádku, bez komplikací a R. ji zvládl mnohem lépe než tu první. Pravou nohu mu vzali pod kolenem.“

**10) Pamatujete si, jaké to pro Vašeho muže bylo, když zjistil, že mu budou amputovat nohu?**

„Byl to nepředstavitelný šok. Už, když šel na amputaci těch prstů, jsme z toho byli nervózní a nakonec nám řekli, že mu budou muset vzít celou nohu. Ale možná bylo dobře, že hned, co nám oznámili, že amputace prstů nestačila a že mu budou muset vzít celou nohu, neměl moc času o tom přemýšlet. Na tu operaci šel skoro ze dne na den. Samozřejmě jsem to oplakala. I R. plakal, ale snažila jsem se mu vysvětlit, že je lepší, když tu s námi zůstane bez nohy, ale zdravý a ne s nohou, kvůli které by měl jen další zdravotní komplikace. Ale po té operaci to bylo hrozné. Málem jsme ho ztratili. Když se ho lékařům konečně povedlo stabilizovat, říkala jsem si, že to nejhorší máme za sebou. Ale pár dní na to, nám doktor oznámil, že musí amputovat i druhou nohu. Jak jsem už říkala, všichni jsme si mysleli, že to bude jeho konec. R. celé dni probrečel, loučil se s námi, tak nějak se připravoval na to, že už se neprobudí. Ale R. celé toto období prožíval velmi těžce. Moc nemluvil, nejedl a byl smutný.“

**11) Jak dlouho ležel Váš muž v nemocnici? Jak se o něj starali?**

„Se vším všudy byl v nemocnici něco málo přes půl roku. Díky všem těm komplikacím, které prodělal. Ale během posledních dvou měsíců jeho pobytu jsme si ho mohli vzít vždy na den domů. Ležel v nemocnici v Českých Budějovicích a bylo by zbytečné, abychom ho vozili vždy až k nám do Chlumu u Třeboně, tak jsme vždy tyto dny, kdy ho lékaři propustili, trávili u dcery s vnoučaty. Pobyt v nemocnici byl dlouhý a ne moc příjemný. Záleželo na oddělení, na kterém zrovna ležel. Většinou se o něj starali hezky, ale taky jsem byla svědkem toho, kdy na vedlejší posteli nechali přes noc ležet mrtvého člověka, protože ho neměli zrovna kam dát. Ale to byla výjimka. Myslím, že k těmto dlouhodobým pacientům se sestry chovají líp než k těm, co jsou tam jen na dva dny.“

**12) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„Během rehabilitace, kterou R. podstupoval během pobytu v nemocnici, se ho lékaři snažili naučit manipulovat s invalidním vozíkem. To bylo to nejzákladnější. Každý den

s ním sestra nacvičovala, jak se má zvednout z postele a přesunout na vozík a pak zase zpátky, jak se má přesunout na toaletu nebo do vany. Učil se vozík ovládat jak v nemocnici, tak i venku, aby si zvykl i na jiný terén. Musel kvůli tomu ale hodně posilovat ruce, aby měl sílu a dokázal se s vozíkem pohybovat. V té době mu to šlo snadno, protože po operacích hodně zhubnul, vůbec netrpěl nadváhou. Spíš bych řekla, že byl možná i podvyživený. Během pobytu v nemocnici navštěvoval psychologku, která s ním probírala jeho situaci a snažila se mu dávat rady.“

**13) Dostal Váš muž protézy?**

„Ano, myslím, že asi po třech měsících. Původně mu je lékaři nechťeli dovolit kvůli tomu, že už je starší a že jeho fyzický stav není zrovna nejlepší, ale nakonec mu je dali, ale jen na zkoušku.“

**14) Jak dlouho mu trvalo naučit se na nich chodit? Jaké to bylo?**

„Chození o berlích s protézami mu celkem šlo. Myslím si, že si to dal za úkol, naučit se na nich chodit a tím to postižení, které ho potkalo, překonat. Učil se každý den, i když mu doktoři říkali, že už by trénovat neměl. Po několika málo týdnech prošel o berlích celý pokoj. Občas se tedy stalo, že spadl, ale myslím si, že to ho spíše motivovalo k tomu, aby příště už nespádl. Všechny překvapil. Popravdě nikdo z nás nevěřil, že by se na těch protézách ve svých letech naučil. Dokonce, když jsme byli v obchodě s ortopedickými potřebami v Českých Budějovicích, tak si zdravotníci jeho chůzi o berlích fotili a ukazovali ji jiným zákazníkům, kteří si mysleli, že postižením všechno končí.“

**15) Vybavíte si, jak se Váš muž cítil po všech těch operacích? Jaké byly jeho první pocity?**

„No jak jsem už říkala, bylo to pro něj moc těžké období. Hrozně se styděl, že nemá nohy. Hlavně před svými vnoučaty. Do této doby to byl celkem vitální děda, který bral svá vnoučata na výlety, navštěvoval své děti a jiné příbuzné. Velmi rád cestoval. Teď si myslel, že nebude dělat nic z toho, co má rád. Říkal mi, že až pojede domů, tak se tam zavře a nebude chtít nikoho vidět a bude jen doma a nebude nikam chodit. Spíš si ale myslím, že nechťel, aby někdo viděl jeho. Naštěstí brzo zjistil, že své postižení může nějak pokořit a tak se upnul k tomu, že se naučí chodit na protézách.“

**16) Jaký byl jeho návrat domů?**

„Návrat byl poměrně jednoduchý. R. se domů velmi těšil. Ale po příjezdu mu došlo, že už není a nebude všechno jako dřív a propadl menším depresím. Nechťel nikoho vidět. Obtěžovali ho sousedi i jeho rodina.“

**17) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„V našem domě se toho muselo změnit celkem hodně. Bydlíme ve velké tříposchod'ové vile, ještě ke všemu je ta vila na kopci. Celou dobu, co byl R, v nemocnici jsme přemýšleli, jak to, co nejlépe zařídit, aby se tu cítil zase jako doma a aby měl všechno po ruce. Nakonec jsme všechno podstatné smrskli do přízemí. Kuchyň už tu byla, místo jídelny jsme zařídili ložnici a vlastně i obývací. Všude jsme se synem vyndali prahy a vybourali jsme dveře na záchod. Před vchodem jsme vybetonovali nájezd tak, aby se R. dostal do baráku. Největší problém byl s koupelnou, protože tu jsme měli jen ve třetím patře a takovou provizorní ve sklepě. Tu jsme také nechali přestavět. Nakonec jsme pořídili schodolez, který jsem se naučila ovládat a pomocí něho jsem R. přemísťovala do koupelny. Veliký problém byl i se zahradou, protože tu máme do svahu. Můj syn tady také vybetonoval nájezdy místo schodů, ale byly příliš zkosené, takže dostat mého muže na zahradu bylo občas velmi složité.“

**18) Vrátil se Váš muž do zaměstnání?**

„Ne ne, už dlouhá léta nepracoval.“

**19) Všimla jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vašemu muži? (chování rodiny, sousedů, kolegů v práci)**

„Ano, ze začátku byli všichni takoví rozpačití, hlavně tedy sousedi, protože ty mého muže půl roku neviděli, slyšeli o něm jen to, že přišel o nohy a pár z nich si dokonce myslelo, že je mrtvý. Ale když se dozvěděli, že se vrátil domů, chodili ho navštěvovat. Bylo to ale zpočátku divné. Opravdu jen dlouholetí přátelé věděli, jak se k němu mají chovat, a že v žádném případě na něj nemají dělat soucitné obličejy a litovat ho. Na vnoučatech také bylo ze začátku vidět, že neví, jak se svým dědou mluvit, ale zjistili, že se jim z nemocnice vrátil ten starý děda, jen nemá nohy.“

**20) Jaké kompenzační pomůcky jste museli pořídít? (vozík, plošina...)**

„Tak samozřejmě jsme si pořídili invalidní vozík. Ten nám tedy hradila pojišťovna. S vozíky jsme měli ale velké problémy po dobu těch čtyř let. R. vystřídal tři různé vozíky. Ten první vozík měl nějakou závadu na kolečkách, a tak se vozík musel vyměnit. Druhý vozík taky R. nevyhovoval. R. si stěžoval, že má moc úzká kolečka a je vratký, a proto se ho bojí pořádně používat, aby se nepřeklopil. Nakonec jsme se opět vrátili k tomu prvnímu vozíku, který měl opravená kolečka. Po dvou letech jsme si objednali přes internet elektrický vozík značky Meyra. Tento vozík byl nejlepší. R. totiž začal opět přibírat a neměl tolik síly, aby ujel nějakou delší vzdálenost. Elektrický vozík mu

vyhovoval, měl pouze jednu nevýhodu a to tu, že nebyl skladný a nevešel se nám do auta. Auto byla další věc, kterou jsme si pořídili. Když se můj muž dozvěděl, že existují auta, která se dají upravit tak, že je může ovládat i člověk, který nemá nohy, o ničem jiném nemluvil. Prodali jsme naše staré auto a pořídili si Fiat Panda, který se ovládal pouze rukama. To byl R. snad nejšťastnější, protože mohl konečně začít zase cestovat. Mimo auta a vozíku měl také schodolez. Byl to tedy ruční schodolez, který jsem ovládala já. Velké problémy jsme měli také s protézami. Každou protézu měl jinak dlouhou. Jedna mu končila pod kolenem a druhá nad kolenem. S tou kratší žádný problém neměl, ale ta delší byla neforemná. Když ji poprvé dostal, tak zjistil, že je o něco delší a nekoresponduje s tou druhou protézou. Dostal samozřejmě novou protézu, se kterou už neměl žádné větší problémy. Jen byla velmi nepohodlná, protože na jejím konci byl kožený pás, který si musel R. uvázat kolem pasu. Ten pás ho občas dřel, takže delší protézu moc nenosil.“

**21) Neměl Váš muž nějaké otlaky z toho neustálého sezení?**

„Ano, hodně často si stěžoval na otlaky nebo bolesti zad. Dokonce se mu z toho na zádech utvořil velký bolák. Proto nejraději ležel nebo chodil o berlích.“

**22) Jak trávil Váš muž volný čas?**

„Nejčastěji koukal na televizi nebo si četl. Když bylo hezky, chodili jsme na procházky. Dokonce i do lesa, kde mi pomáhal sbírat borůvky nebo houby. Hodně času také trávil na zahradě. Ale nejvíce ho samozřejmě uspokojovaly návštěvy našich dětí a vnoučat. Ať už přijeli oni k nám nebo jsme jeli my k nim.“

**23) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku?**

„No Chlum není příliš velké město a ano, jsou tu nějaké překážky, které jsme nedokázali zdolat. Jsou tady příliš prudké kopce, ale s tím žádný architekt nebo stavitel nic neudělá. Chodníky tu nejsou příliš upravované a nejsou úplně rovné. Ale jinak si myslím, že tu není v pohybu takový problém. I když místní restauraci ani obchody nejsou úplně přizpůsobené pro vozíčkáře, někdy to je problém se tam dostat. Největší problém jsme ale měli se vstupem do ordinace naší obvodní lékařky. Do budovy lékařského střediska vedou totiž celkem strmé schody. Dnes už je tam tedy v provozu plošina. Stejný problém jsme měli i s lékárnou, tam už ale také plošina je.“

**24) Zvládal Váš muž sebeobsluhu? (zda se zvládal obléknout, umýt, atd.)**

„Ano, zvládnul se sám obléct, sám si nandal protézy, sám si vyčistil zuby nebo se oholil. Uměl si i uvařit kafe nebo připravit snídani. Dokonce mi pomáhal i s mytím nádobí.“

Jediný problém mu dělalo dostat se do vany a z vany. Při tom, jsem mu musela vždy pomáhat.“

**25) Myslíte si, že se život Vašeho muže nějak výrazně změnil po amputaci?**

„Ano, to určitě. I když celou dobu jsem říkala, že jsou na tom hůř mladí lidé, kteří mají malé děti a chodí do práce. Přece jenom můj muž byl už dlouhou dobu v důchodu, děti máme dospělé, nemusíme se o nikoho starat. Ale samozřejmě i tak je to velká rána do života. Opravdu nejvíce litoval toho cestování, protože to on miloval. Taky ho švalo, že musí být na někom závislý, že nemůže nic pořádně udělat sám. Navíc se mu zhoršil i zdravotní stav. Cukrovku měl po amputaci nohou mnohem silnější než dříve.“

## **Příloha č. 2**

Rozhovor č. 2:

**Jméno: Pan J.**

**Narozen: 1950**

**Věk: 61 let**

**Diagnóza: Amputace obou dolních končetin z důvodů ischemie**

Panu J. je 61 let. Žije se svou ženou ve druhém patře činžovního domu v Třeboni. Pan J. má tři děti a dva malé vnuky. Cukrovkou II. typu trpí už deset let, od svých padesáti let. Před dvěma lety mu byla amputována pravá dolní končetina. Pan J. se s tím vyrovnal velmi dobře a velmi rychle. Po roce a půl mu však museli amputovat i druhou končetinu. To pan J. nese velmi těžce. Dříve býval obézní a silný kuřák, po první amputaci zhubnul 30 kilo a přestal kouřit.

**1) Kolik Vám je let?**

„61.“

**2) Odkud pocházíte? (město, rodina, kolik máte sourozenců, atd?)**

„Pocházím ze Štěpánova, to je kousek od Olomouce, kde jsem žil do svých osmnácti se svojí matkou a mladším bratrem. Pak jsem poznal svojí budoucí manželku, která tam byla na brigádě, a odešel jsem za ní do Třeboně. No a od té doby jsem tady. Máme spolu tři děti. Už jsou dospělí a máme dvě vnoučata.“

**3) Co jste studoval za školu?**

„Po základní škole jsem se vyučil elektrikářem.“

**4) Jaké je/ bylo Vaše povolání?**

„Celý život jsem pracoval jako elektrikář, až v důchodu jsem šel na poloviční úvazek prodávat do trafiky.“

**5) Kde žijete dnes? A co dnes děláte (zaměstnání)?**

„Pořád žiju s manželkou v Třeboni a jsem v invalidním důchodu.“

**6) Kouříte/ kouřila jste?**

„Kouřil jsem celý život. Dnes už nekouřím asi dva roky. Nebo teda snažím se nekouřit, ale když jsem ve stresu, tak si zapálím. Ale opravdu jen jednu cigaretu. Dříve jsem kouřil krabičku denně.“

**7) Jakým typem cukrovky trpíte a odkdy?**

„Mám cukrovku II. typu a mám jí takových 10 let.“

**8) Dodržujete správnou léčbu cukrovky? (pícháte si pravidelně inzulin, jíte zdravě?)**

„Ano inzulin si hlídám, když na něj zapomenou, tak se mi hned dělá špatně. Ale s jídlem to je horší. Na zeleninu a ovoce jsem nikdy nebyl a jak se říká „starého psa novým kouskům nenaučíš“ a to bohužel platí i u mě. Nepřejídám se teda jako dřív, ale zdravě nejím. Jím to samé, co moje rodina. Víím, že to je špatně, ale z toho života už mi moc nezbyvá, tak si ho aspoň užiju.“

**9) Máte nějaké další zdravotní potíže?**

„Jednou jsem prodělal infarkt, ale jinak žádné.“

**10) Kdy a proč jste přišel o končetiny?**

„O pravou nohu jsem přišel teprve před dvěma lety. Nakopl jsem si palec o dveře a odpadl mi nehet. Palec mě pořád bolel a černal, tak jsem šel k doktorovi a ten mi řekl, že mi pomalu odumírá noha a že mi ji budou muset vzít. Hned další týden jsem šel na operaci a nohu mi vzali v půlce stehna. No a druhou nohu mi vzali před půl rokem.“

**11) Jaké bylo zjištění, že brzy přijdete o končetinu? Jak jste se cítil?**

„No co Vám budu povídat, bylo to k neuvěření. Nevěděl jsem, co mám dělat. Byl to šok, byl jsem na sebe naštvanej, protože mi doktor řekl, že to je kvůli cukrovce a kouření. A já jsem byl v té době silnej kuřák, protože jsem pracoval v trafice. Hrozně jsem si to vyčítal, ale už bylo pozdě, nemohl jsem s tím nic udělat. Ale řekl bych, že hůř jsem to nesl až teď s tou druhou nohou. To už pro mě byla úplná beznaděj. Víte, když jsem přišel o první nohu, tak mi ještě jedna zbývala a pomocí té jsem ještě tak nějak chodit mohl, ale teď už to nejde. Navíc jsem po tom, co mi vzali první nohu, přestal kouřit, tak jsem nemohl pochopit, proč mám teda problémy i s tou druhou, když už nekouřím. Chvilí mi trvalo, než jsem si připustil, že ty dva roky bez kouření už to moc neovlivnily, že jsem si tuto situaci zavinil tím celoživotním kouřením.“

**12) Jaký byl Váš pobyt v nemocnici, jak dlouho jste zde byl, jak se o vás starali?**

„Nesnáším nemocnice, takže ten měsíc, co jsem tam strávil, byl pro mě peklo. Ale měl jsem štěstí, že jsem tam byl tak krátkou dobu. Pahýl se mi totiž po operaci dobře hojil a celkově jsem byl v dobrém stavu. A jak se o mě starali? Sestřičky byly většinou hodný, ale lékaři byli většinou dost nepříjemný. Moc se se mnou nemazlili. Chvilí jsem navštěvoval psycholožku, ale vlastně jsem to ani nepotřeboval, nějak rychle jsem se nakonec smířil s tím, že nemám nohu. Ale hodně mi pomohla rehabilitační sestra, která



mě učila, jak se zvedat z postele, jak si sedat a jak chodit. Díky ní umím to, co umím teď.“

**13) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„Jak už jsem říkal, chodil jsem k psychologce, ale to mi vlastně ani v ničem nepomohlo. Ale nejvíc mi pomohla ta rehabilitační sestra. Opravdu mě naučila úplně všechno. Bylo to se mnou občas těžké, protože jsem během léčení vážil přes sto kilo, ale vždycky si se mnou nějak poradila.“

**14) Dostal jste protézu?**

„Ne, nedostal. Nechtěl jsem jí, ale teď uvažuji o tom, že si o ně zažádám, když nemám ani jednu nohu.“

**15) Jak jste se cítil po operaci? Na co jste myslel?**

„No samozřejmě to je šok, když se probudíte, kouknete se pod peřinu a tam je místo nohy jen pahýl. Ale jak jsem už říkal, myslím si, že tu první operaci jsem zvládl líp než tu druhou. Trochu jsem se „zabejčil“ a řekl si, že se o sebe postarám, že nebudu bulet a postavím se k tomu jako chlap. Nechtěl jsem, aby se mnou měla manželka nějak moc práce. A taky se mi to povedlo. Zhubnul jsem a naučil jsem se chodit o berlích. Po té druhé operaci jsem na tom byl mnohem hůř. Už jsem neměl ani tu jednu nohu, o kterou bych se mohl opřít a jen jsem ležel. Nechtěl jsem s nikým mluvit, ani nikoho vidět.“

**16) A jak se cítíte teď? Už jste se smířil s tím, že Vám chybí obě nohy?**

„Ne, stále jsem si nezvykl a myslím, že už si nikdy nezvyknu na to, že jsem už definitivně připoután na vozík.“

**17) Jaký byl návrat domů?**

„No domu jsem se těšil, jak jsem říkal, nemám rád nemocnice. Ale taky mi doma nastaly jiné problémy. Museli jsme najednou s manželkou a s dětmi řešit uspořádání bytu. Zvažovali jsme i to, jestli se nemáme přestěhovat, ale nakonec jsme zůstali tam, kde dřív.“

**18) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„Byt jsme museli přestavět. Vybourali jsme akorát dveře a věci, které mi překážely, tak jsme daly jinam. Do zadního pokoje vůbec nechodím, tam jsou všechny ty přebytečné věci, takže se tam stejně nedostanu. Tam se chodí schovávat manželka, když už jí štvu.“

**19) A nic jiného se měnit nemuselo?**

„No tak samozřejmě museli jsme namontovat nějaká madla k vaně a k záchodu, taky odmontovat prahy a dát pryč chlupaté koberce, které jsme tady měli. Taky mi často

pomáhá syn, který má byt v přízemí. Bydlíme totiž ve druhém patře bez výtahu a to je trochu problém. Ale schody umím, no vlastně jsem uměl s jednou nohou sejít. Ted' už to nezvládnou. Syn mě musí přenášet. Takže ven vlastně už moc nechodím.“

**20) Vrátil jste se do zaměstnání?**

„Ne, naposledy jsem pracoval v trafice. Ta byla pro mě a pro můj vozík moc malá. Jsem v invalidním důchodě.“

**21) Všiml jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vám? (chování rodiny, sousedů, kolegů v práci)**

„No největší změny jsem si všiml na mých vnucích. Jsou ještě malí a najednou nevěděli, co se to se mnou stalo. Koukali na mě trochu vystrašeně. Myslím, že se mě ze začátku báli. Ale už si zvykli. Ale nejvíc v šoku byla asi naše sousedka. Ta mě dodneška zdraví trochu rozpačitě a vždycky uhne očima. Proč? To nevím. Asi jí to je nepříjemný. Ale jinak rodina se ke mně pořád chová stejně. V žádném případě mě nerozmazluje.“

**22) Jaké kompenzační pomůcky jste si pořídil? (vozík, plošina...)**

„Zatím mám jen ten invalidní vozík a samozřejmě berle, které ted' už stejně nepoužívám. Ale vážně uvažuji o těch protézách.“

**23) Nemáte otlaky nebo nebolí vás záda z toho neustálého sezení?**

„No to víte, že mám. Pořád. Nezabírají mi ani podložky, takže hodně často ležím na boku. Když dlouho sedím, tak jsem z toho nervózní.“

**24) Co Váš volný čas? Jak ho trávíte?**

„Nejvíce času trávím doma, čtu si nebo koukám na televizi. Když se hodně nudím, tak začnu uklízet. Občas mě syn vezme ven, tak si zajdeme většinou někde na pivo. Ale jinak jsem doma.“

**25) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku?(dobrá dostupnost k lékaři, do autobusů, obchodů, zda jsou zde nějaké architektonické bariéry, které nejste schopni překonat)**

„Ano tady kolem našeho domu ano. Jsou tu nové chodníky i silnice, ale na náměstí vůbec nechodím. Tam jsou „kočičáky“ a to je hrozný. Přes ty to hrozně natřásá a jsem z toho pak nervózní. Ale jinak, kam jdu, tam se dostanu. I k doktorce a do hospody bez problémů.“

**26) Zvládáte sebeobsluhu? (zda se zvládáte obléknout, umýt, atd.)**

„Ano, bez problémů. Dělá mi trochu problém dostat se do vany, ale jinak jsem soběstačný. Až teda na ty schody z baráku.“

**27) Myslíte si, že se váš život po amputaci nějak výrazně změnil?**

„Ano, hodně. Přestal jsem kouřit. Zhubnul jsem o třicet kilo. To jsou ta pozitiva. Ale samozřejmě se nezměnilo vše jen k lepšímu. Nemám v podstatě moc vyžití. Tím, že bydlíme takhle vysoko, tak se nikam nedostanu a neustále jsem zavřený doma. Kdybych si mohl vybrat, tak budu radši zase tlustěoch, ale budu chodit ven, do práce a za chlapama do hospody.“

### **Příloha č. 3**

Rozhovor č. 3:

**Jméno: Paní K.**

**Narozena: 1931**

**Věk: 79 let**

**Diagnóza: Amputace pravé dolní končetiny z důvodu ischemie.**

Paní K. žije sama v garsonce v Jindřichově Hradci od té doby, co jí před pěti lety umřel manžel. Má dvě dospělé děti, dceru a syna, a tři vnoučata. Přibližně v jejích padesáti letech ji byla diagnostikována cukrovka II. typu, proto musí pravidelně užívat inzulin. Před třemi lety, tedy v jejích 76 letech, ji byla amputována pravá dolní končetina z důvodu ischemie. V takto pokročilém věku si musela zvyknout na život na invalidním vozíku.

**1) Kolik Vám je let?**

„Je mi 79.“

**2) Odkud pocházíte? (město, rodina, kolik máte sourozenců, atd?)**

„Narodila jsem se v Třeboni, pak jsme se přestěhovali na samotu ve Staré Hlině a po válce tatínek dostal chalupu v Klenové, jsem ze dvou sourozenců – mám mladší sestru, ale už nemám manžela.“

**3) Co jste studovala za školu?**

„Mám jenom základní školu, po ZŠ jsem nastoupila jako švadlena do vedlejší vesnice.“

**4) Jaké je/bylo Vaše povolání?**

„Po ZŠ jsem dělala švadlenu, v roce 1951 jsem odešla do Prahy. Po nějaké době jsem začala pracovat v bance.“

**5) Kde žijete dnes? A co dnes děláte (zaměstnání)?**

„Jsem v důchodu, žiji sama v Jindřichově Hradci.“

**6) Kouříte/ kouřila jste?**

„Ne ne, nikdy jsem nekouřila.“

**7) Jakým typem cukrovky trpíte a odkdy?**

„Cukrovka II. typu. Mám ji zhruba od padesáti let.“

**8) Dodržujete správnou léčbu cukrovky? (pícháte si pravidelně inzulin, jíte zdravě?)**

„Ano, inzulin si píchám pravidelně. Na to nezapomínám, mám nařízený vždy budík, a

když ho náhodou zapomenou nařídít, tak si stejně vzpomenu, že si mám píchnout. Ale zdravě moc nejím. Asi bych měla jíst hodně zeleniny, někde tu mám příručku od paní doktorky, ale zelenina je moc drahá, takže si ji moc nekupuju. Ale jím poměrně málo, malé porce, ale spíš si ani nevařím, nemá to cenu, když jsem sama. Občas mi donese něco sousedka, nebo sestra, nebo si uvaříme, když tu mám děti nebo vnoučata.“

**9) Máte nějaké další zdravotní potíže?**

„Trpím Arteriosklerózou a chronickou bronchitidou, ale celý život jsem byla zdravá. To až teď ve stáří jsem začala být nemocná.“

**10) Kdy a proč jste přišla o končetinu?**

„Zhruba před třemi lety se mi začaly na noze objevovat veliké boláky. Mazala jsem je nejrůznějšími mastmi, ale nic nezabíralo. Když jsem šla k doktorovi, tak mi řekl, že to vypadá, že mi odumírá noha a že mi jí budou muset asi vzít. Kdybych prý přišla dřív, tak by se noha dala ještě zachránit, ale kdo to mohl tušit. Myslela jsem si, že přehání, protože jsem si vždycky myslela, že nohy se berou jen po úrazech a ne, když se na nich objeví vyrážka nebo něco podobného.“

**11) Jaké bylo zjištění, že brzy přijdete o končetinu? Jak jste se cítila?**

„No bylo to hrozné. Jak říkám, vůbec jsem tomu nemohla uvěřit. Proto jsem šla ještě k jinému lékaři, protože jsem si říkala, že ten můj si asi neví rady. Druhý doktor mi ale řekl úplně to samé. Nechtěla jsem tu operaci podstoupit, říkala jsem, že budu klidně žít s mrtvou nohou. Ale pan doktor mi řekl, že bych na to mohla umřít i já a že když mi nohu vezmou, tak budu moct žít dál.“

**12) Jaký byl Váš pobyt v nemocnici, jak dlouho jste zde byla, jak se o vás starali?**

„Do nemocnice jsem nastoupila snad hned další týden. Ležela jsem tady u nás v Jindřichově Hradci. Je to malá nemocnice, párkrát už jsem tam ležela, takže tam některé doktory znám. Doktoři mi tam udělali ještě pár vyšetření a pár dní na to, už jsem šla na sál. Nepamatuji si, jak přesně dlouho to trvalo. Po operaci jsem měla nějaké malé komplikace s dýcháním, tak jsem byla někde sama na pokoji a neustále se o mě starala sestra. Po pár dnech mě ale převezli na pokoj mezi normální pacientky a byly jsme tři na pokoji. Nejdříve jsem ale pořád jenom ležela a šahala si na obvazy, kde měla pokračovat moje pravá noha, ale ta tam nebyla. Nohu mi totiž vzali pod kolenem. Bylo to totiž horší, než jsem čekala, najednou tam ta noha opravdu nebyla a já už s tím nemohla nic udělat.“

**13) A jak dlouho jste v nemocnici ležela?**

„Bylo léto a zůstala jsem tam skoro celé tři měsíce. Pan doktor mě ale asi po měsíci chtěl

pouštět domů třeba na den, ale já mu řekla, že tam stejně nikoho nemám, že děti jsou v Praze. Ale protože bylo léto, tak děti byly na chatě, a tak si pro mě jezdily a vždycky na den jsem mohla odjet s nimi, ale večer jsem se musela vrátit. No a nakonec mě pan doktor pustil asi teda po nějakých třech měsících. Myslím.“

**14) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„Rehabilitace? Jo, myslíte, jak mě léčili? No po celou dobu pobytu v nemocnici jsem chodila k paní psycholožce, která si se mnou povídala a radila mi, že návrat bude těžký a že bych možná ze začátku neměla chodit mezi moc lidí, ale spíše mezi rodinu nebo známé. Taky jsem chodila k paní doktorce, která mě učila nejrůznější cviky, hlavně na ruce, abych v nich měla sílu a abych se dokázala přesunout, když nemám jednu nohu. Ale hlavně se mi věnovala jedna sestřička, která mě učila, jak se zvednout z postele, sednout si na vozík a dojít si na záchod. Na vozíku jsem se naučila celkem rychle, ale jsem už moc stará a nemám moc sílu na to, abych mohla sama dojet někam daleko.“

**15) Dostala jste protézu?**

„Ne, protézu jsem nedostala. Řekli mi, že mám už celkem vysoký věk a že by mi dělalo veliký problém naučit se na ní chodit. Ale já ji ani nepotřebuju. Stejně nikam už moc nechodím.“

**16) Jak jste se cítila po operaci? Na co jste myslela?**

„No moc dobře mi nebylo. Cítila jsem se taková lehčí, věděla jsem, že mi něco chybí. Když mě odvezli na pokoj, musela jsem si na obvazy pořád šahat. Došlo mi, že už se ta noha nedá vrátit a že už mi nikdy nenaroste. Bylo to hrozné. Litovala jsem toho, že jsem si ji nechala vzít. Skoro pořád jsem brečela, hlavně večer, když ostatní spali, aby mě nepomluvili. Vůbec jsem nechtěla jíst, ani pít, nikoho vidět. Říkala jsem si, že asi zůstanu pořád v nemocnici, aby mě nikdo jiný než doktoři a sestřičky nemohl vidět. Ale to nešlo. Proto jsem se začala těšit domů. Říkala jsem si, že se tam zavřu a nebudu vycházet a že už jsem stejně stará a že brzo umřu, takže to je vlastně jedno, že nemůžu chodit.“

**17) A jak se cítíte teď? Už jste se smířila s tím, že Vám chybí noha?**

„No teď už nechci umřít. A docela jsem si zvykla, že už nemám nohu, ale nikdy si asi úplně nezvyknu. Vždycky mi bude trochu vadit, že jí nemám.“

**18) Jaký byl návrat domů?**

„Domů jsem se těšila. Odvezl mě syn, který u mě potom chvíli bydlel a staral se o mě. Ale já chtěla, aby už odjel. Chtěla jsem být sama, koukat na televizi a brzo umřít.“

**19) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„Největší problém byl s mojí koupelnou. Byla moc malá a s vozíkem jsem se tam nemohla dostat. Proto syn zavolal nějakému svému kamarádovi a ten mi přestavěl celou koupelnu, aby měla větší dveře a neměla práh. Taky mi přidělal k záchodu a k vaně madla, abych se o ně mohla opírat, když se budu přemisťovat.“

**20) A nic jiného se měnit nemuselo?**

„Ani ne. Jak vidíte, bydlím v přízemí, v garsonce, takže před bytem žádné schody nemám. Akorát mi teda syn ještě rozšířil dveře a odstranil prahy. A taky jsem si musela pořídit novou postel. Vyšší a tvrdší, abych se z ní snadno dostala na vozík. A taky mě každý den navštěvuje sestřička z místního domova důchodců. Chodila ke mně už dříve, ale vždy jen tak jednou týdně. Ted' sem chodí každý den, nakoupí mi, donese noviny, popovídá si se mnou, pomůže mi vyprat a jde zase domů. Je moc hodná. Je to dcera mé sousedky.“

**21) Vrátila jste se do zaměstnání?**

„Ne, neměla jsem kam. Už dlouho jsem v důchodu.“

**22) Všimla jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vám? (chování rodiny, sousedů, kolegů v práci)**

„Ne, nevšimla jsem si, že by se ke mně chovali jinak. Jen rodina je víc starostlivá a ze začátku za mnou pořád jezdili. Ted' už tolik ne. Ale to chápu, bydlí v Praze a cesta sem je dlouhá a hlavně drahá. Ale skoro pořád mi volají. Sousedky mě chodí až moc často navštěvovat, vždycky přijdou, dají si se mnou kafe a zase odejdou. Kolikrát sedí tady venku na lavičce, drbou, a když mám otevřené okno, tak si se mnou povídají z venku. Nemám chvíli klidu. Ale jsem ráda.“

**23) Jaké kompenzační pomůcky jste si pořídila? (vozík, plošina...)**

„Mám invalidní vozík, nic jiného nepotřebuju. A mám tady hůl, o kterou se opírám, když třeba vstávám z postele.“

**24) Nemáte otlaky nebo nebolí vás záda z toho neustálého sezení?**

„Ani ne. Záda teda občas jo, ale stačí, když si načechrám polštář. A na otlaky mi sousedky dcera pořídila nějakou podložku na sezení, aby mě to tolik nebolelo.“

**25) Co Váš volný čas? Jak ho trávíte?**

„Často mě nějaká sousedka bere na procházky. Ale moc se mi nechce chodit ven. Ráda si čtu, spíš ale časopisy nebo noviny, protože knížky jsou na mě moc dlouhé. A skoro pořád

se dívám na televizi. Ale když je tady někdo z mojí rodiny, tak jedu s nimi na chalupu, sedím tam na zahradě a pomáhám třeba při sbírání rybízu nebo při vaření.“

**26) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku?**(dobrá dostupnost k lékaři, do autobusů, obchodů, zda jsou zde nějaké architektonické bariéry, které nejste schopni překonat)

Já se po městě moc nepohybuji. Většinu času trávím doma. Ale občas mě vytáhne sousedka ven na procházku a popravdě se se mnou hodně nadře. Třeba na náměstí vůbec nechodíme, protože jsou všude kostky a po těch se nejede moc dobře. Většinou jezdíme jen tady kolem sídliště, je tu rovina. Ke své doktorce se taky dostanu celkem dobře. Před střediskem je plošina a je tam i výtah. Takže kam potřebuju, tam se dostanu. Ale kdybych měla chodit k doktorce do města, tak tam bych se asi jen tak lehce nedostala.

**27) Zvládáte sebeobsluhu? ( zda se zvládáte obléknout, umýt, atd.)**

„Ano, všechno sama zvládám. Umím se obléct, vyčistit si zuby, udělat si kafe a něco k jídlu. Ale nedokážu si sama vlézt do vany a tam se umýt. S tím mi pomáhá sestřička.“

**28) Myslíte si, že se váš život po amputaci nějak výrazně změnil?**

„Ano. Chybí mi ta pravá noha. Musím se všude pohybovat s vozíkem, jinak to nejde. Být mladší, tak bych se možná naučila na protézách a chodila bych často někam ven. Ale jsem pořád doma a pohybuji se jen na vozíku. A taky nemůžu jet vlakem za svým synem nebo dcerou do Prahy na návštěvu nebo sama na chalupu. Musím vždy počkat, až si mě někdo vyzvedne a někam doveze. Ale už jsem stará. Ani před tím, než mi nohu vzali, jsem nikam moc nechodila sama. Vždycky s někým.“



## **Příloha č. 4**

Rozhovor č. 4:

**Jméno: Pan B.**

**Narozen: 1925**

**Věk: 86 let**

**Diagnóza: Amputace levé dolní končetiny z důvodu ischemie**

Panu B. je 86 let a žije sám v domově důchodců v Českých Budějovicích. Má syna, který ho chodí pravidelně navštěvovat. Pan B. trpí cukrovkou II. typu zhruba od svých padesáti let a před pěti lety mu musela být amputována levá noha pod kolenem z důvodu ischemie.

**1) Kolik Vám je let?**

„Narodil jsem se v roce 1925 a minulý měsíc jsem měl narozeniny, takže 86.“

**2) Odkud pocházíte? (město, rodina, kolik máte sourozenců?)**

„Pocházím z Lišova, tam jsem se narodil a žil tam celý život. Měl jsem tři sourozence, všichni už jsou mrtví a i manželka už mi zemřela.“

**3) Co jste studoval za školu?**

„Jsem vyučený švec.“

**4) Jaké je/ bylo Vaše povolání?**

„Byl jsem švec a pak jsem pracoval jako gumař.“

**5) Kde žijete dnes? A co dnes děláte (zaměstnání)?**

„Dnes žiju tady v Českých Budějovicích v domově důchodců, zařídila mi to snacha a jsem už dávno v důchodu.“

**6) Kouříte/ kouřil jste?**

„Jen, když jsem byl mladý, jsem kouřil. Pak už ne.“

**7) Jakým typem cukrovky trpíte a odkdy?**

„Myslím, že tím druhým typem a mám jí, no tak od padesáti let, ale nevím to jistě.“

**8) Dodržujete správnou léčbu cukrovky? (pícháte si pravidelně inzulin, jíte zdravě?)**

„Teď už ano. Dříve jsem si inzulin nepíchal, ale polykal pouze tablety. Jenže jsem na něj zapomínal a taky jsem správně nejedl, tak se mi cukrovka zhoršila a já si musel začít inzulin píchat. Tady se o mě dobře starají. Ale po té, co umřela manželka, jsem na to

zapomínal a nepíchal jsem si. Bylo mi potom špatně, měl jsem záchvaty. Ale tady se o to starají sestry. A moc toho nesním.“

**9) Máte nějaké další zdravotní potíže?**

„Jsem už starý, jsem pořád nemocný. Mám problémy s dýcháním a od malička trpím srdeční arytmií.“

**10) Kdy a proč jste přišel o končetinu?**

„Těsně před tím než mi umřela manželka. To je tak pět let? Asi ano. Doktor říkal, že mi noha umřela, tak proto mi jí vzali.“

**11) Měl jste s tou nohou nějaké problémy, bolela Vás, před tím, než Vám lékař oznámil, že Vám ji budou muset amputovat?**

„Ano, tu diabetickou nohu nebo jak se tomu říká, jsem měl už dlouho před tím. Musel jsem ji léčit. Měl jsem nějaké speciální vložky do bot, chodil jsem k doktorce na kontroly a měl jsem málo chodit a spíš ležet a odpočívat. Ale nepomohlo to.“

**12) Jaké bylo zjištění, že brzy přijdete o končetinu? Jak jste se cítil?**

„Nevím, ale myslím, že jsem měl strach.“

**13) Jaký byl Váš pobyt v nemocnici, jak dlouho jste zde byl, jak se o vás starali?**

„V nemocnici jsem byl asi půl roku, myslím. Nevím. Starali se o mě pěkně, to zase jo. Měl jsem tehdy nějaké problémy, že se mi rána špatně hojila a špatně se mi dýchalo, ležel jsem tam dlouho.“

**14) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„Myslíte, jak mě léčili? Chodil jsem k psychologce, s tou jsem si povídal. Vysvětlovala mi hodně věcí, třeba, abych si zvyknul, že se po mně lidi budou otáčet a tak. To bylo vše. Chvíli se mě sestry snažily naučit na berlich, abych se mohl přesouvat snadněji na vozík, ale jsem na to moc starý, nedokázal jsem to.“

**15) Dostal jste protézu.**

„Ne, jsem na ni moc starý.“

**16) Jak jste se cítil po operaci? Na co jste myslel?**

„No nebylo mi dobře. Měl jsem velké bolesti. Myslel jsem na manželku. Byla už dlouho nemocná a bál jsem se, že umře dřív, než se domů vrátím. Doktor říkal, že už ani nedoufali, že mě zachrání, ale já se chtěl vrátit ke své ženě a to mě možná zachránilo.“

**17) A jak se cítíte teď? Smířil jste se s tím, že Vám chybí noha?**

„Ano, chybí mi jen kousíček a já nemohu stejně nikam chodit. Nějak mě to netíží.“

**18) Jaký byl návrat domů?**

„Těšil jsem se domů za manželkou. Měl jsem radost.“

**19) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„Nic se nemuselo měnit. Bydleli jsme ve druhém patře v paneláku. Byt jsme měli velký a výtah tam byl. Všude jsem se mohl pohybovat.“

**20) A nemuseli jste třeba upravit dveře nebo sociální zařízení kvůli Vašemu vozíku?**

„Ano, to ano. Syn nám upravit koupelnu. Namontoval tam nějaká madla a o ty jsem se opíral.“

**21) Vrátil jste se do zaměstnání?**

„Ne, už jsem nepracoval ani před operací.“

**22) Všiml jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vám? (chování rodiny, sousedů, kamarádů, kolegů v práci)**

„Manželka o mě měla strach, starala se o mě. Nikam mě samotného nepouštěla. A syn k nám častěji jezdil a pořád nám s něčím pomáhal.“

**23) Jaké kompenzační pomůcky jste si pořídil? (vozík, plošina...)**

„Mám jenom vozík. A ten jsem ani neplatil já, ale pojišťovna. Nic víc. Teda ještě mám berle, ale moc je nepoužívám.“

**24) Nemáte otlaky nebo nebolí Vás záda z toho neustálého sezení?**

„Záda mě bolí. Ale mě už v mém věku bolí úplně všechno.“

**25) Co Váš volný čas? Jak ho trávíte?**

„Čtu si. Pořád jen čtu noviny nebo nějaké slabé knížky. Žádné bichle bych nepřečetl. Nebo koukám na televizi, tam jsou občas zábavné věci, ale jinak celý den koukám z okna a přemýšlím.“

**26) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku?**

?(dobrá dostupnost k lékaři, do autobusů, obchodů, zda jsou zde nějaké architektonické bariéry, které nejste schopni překonat)

„Nevím, nechodím ven.“

**27) Zvládáte sebeobsluhu? (zda se zvládáte obléknout, umýt, atd.)**

„Ano, obléknu se a vyčistím si sám zuby. Jinak ne.“

**28) Myslíte si, že se Váš život po amputaci nějak změnil?**

„Přišel jsem o manželku, ale to s tím nemá nic společného. Ale změnil si i jinak hodně. Nechodím vůbec ven, nemám na to sílu, pohybovat se na vozíku ani o berlích. Jsem pořád tady v pokoji.“

## **Příloha č. 5**

Rozhovor č. 5:

**Jméno: Pan S.**

**Narozena: 1936**

**Věk: 74 let**

**Diagnóza: Amputace obou dolních končetin z důvodu špatně léčené neuropatie**

Pan S. je čtyřiasedmdesátiletý důchodce z Českých Budějovic. Je těžce obézní a silný kuřák. Už přes třicet let trpí cukrovkou II. typu a před patnácti lety přišel o obě nohy. V dnešní době žije sám a dokáže se o sebe bez problémů postarat.

1) **Kolik Vám je let?**

„74.“

2) **Odkud pocházíte? (město, rodina, kolik máte sourozenců, atd?)**

„Narodil jsem se v Plzni, ale když mi byl necelý rok, tak jsme se přestěhovali do Liberce, táta tam tehdy dostal nějakou práci. Když přišla válka, byl jsem ještě malej kluk, takže si úplně přesně nepamatuju, jak to bylo, jen vím, že jsme se furt někam stěhovali a nakonec na dlouhý čas skončili na Slovensku. Pocházím ze čtyř dětí, dvě starší sestry zemřely už za války a mladší brácha žije někde ve Francii, nejsme v kontaktu. Maminka s tátou bohužel už taky zemřeli, oba dva na mrtvici. Manželka předloni zemřela, byla to nešťastná náhoda, ale mám dvě děti, dvě dcery, ale ty mne navštěvují málokdy, to víte, mají vlastní rodinu.“

3) **Co jste studoval za školu?**

„Mám jenom základní školu, po ZŠ jsem nastoupil jako dřevorubec do lesa za dědinou, kde jsme bydleli. Byla to dřina, ale tehdy jste si nemohli moc vybírat.“

4) **Jaké je/bylo Vaše povolání?**

„Po ZŠ jsem dělal dřevorubce až do roku 92. Potom jsem odešel do Českých Budějovic. Tady jsem dostával je drobné brigády, stálou práci už jsem nenašel.“

5) **Kde žijete dnes? A co dnes děláte (zaměstnání)?**

„Teď už jsem v důchodu a žiji sám v Českých Budějovicích.“

6) **Kouříte/ kouřil jste?**

„Ano, kouřím celý život. Od svých patnácti let.“

7) **Jakým typem cukrovky trpíte a odkdy?**

„Cukrovka II. typu. Zjistili mi jí asi ve 40 letech.“

**8) Dodržujete správnou léčbu cukrovky? (pícháte si pravidelně inzulin, jíte zdravě?)**

„Ano, inzulin si píchám pravidelně, ale zdravě tedy nejím. Co bych z toho života pak měl, no řekněte? Navíc už existuje spousta dia věcí, které můžu. Dcera mi platí obědy v jídelně kousek od baráku, takže vařit nemusím.“

**9) Další zdravotní potíže?**

„Doktor mi furt hrozí rakovinou tlustého střeva, ale zatím nic.“

**10) Kdy a proč jste přišel o končetinu?**

„Zhruba před patnácti lety. Po nocích jsem se začal budit, protože noha příšerně bolela a mravenčilo mě v ní. Nevěděl jsem, co se děje, myslel jsem, že jsem si jí třeba nějak přeležel. Ale potom se přidala i druhá. Když už bylo pálení nesnesitelné, šel jsem k doktorovi a ten mi řekl, že mám neuropatii, a že mi je asi bude muset vzít. Popravdě už si ani nepamatuju, jak jsem reagoval, jen vím, že jsem tomu nemohl uvěřit.“

**11) Jaké bylo zjištění, že brzy přijdete o končetinu? Jak jste se cítil?**

„Byla to strašná představa. Nejdřív jsem si myslel, že mě jen straší jako s tou rakovinou, ale doktor si stál pevně za svým. Jak říkám, moc si to nepamatuju, ale každopádně to byl šok. Přemýšlel jsem, co budu bez nohou dělat, jak to zvládnou. Ale v té době tady ještě byla žena a pomáhala mi, si zvyknout.“

**12) Jaký byl Váš pobyt v nemocnici, jak dlouho jste zde byl, jak se o vás starali?**

„Do nemocnice jsem nastoupil o pár týdnů později. Ležel jsem tady u nás v Budějovicích a cítil se divně. Stále jsem jen přemýšlel, že se potom vzbudím bez nohou. Doktoři mi tam udělali pár vyšetření a potom jsem šel na sál. Když jsem se vzbudil, byl jsem najednou bez nohou. Doopravdy, už to nebyla jen představa, jaké to bude. Byl to hrozný pocit.“

**13) A jak dlouho jste v nemocnici ležel?**

„Myslím, že přes dva měsíce. Jo, tak nějak.“

**14) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„No posílali mě k nějaký psychologce, ale to jsem měl ještě manželku, takže jsem tam moc chodit nechtěl. Ona mi pomáhala víc. Navíc jsem se nechtěl svěřovat cizí ženský. Přece jenom je to asi něco jiného, když tady v tu chvíli je někdo, kdo to prožívá s vámi. Myslím, že jsem se s tím díky tomu rychleji vyrovnal. Posílali mě i k nějaký doktorce, která mě učila, jak se přesouvat. Naštěstí jsem sílu v rukou celkem měl, tak to nebyl takový problém. Jinak na vozíku jsem se naučil rychle. V nemocnici jsem hodně zhubnul, byl jsem lehčí a pohyboval jsem se svižně. Dcery mi koupily ten elektrický, takže můžu i na delší výlety, když je hezky.“

**15) Dostal jste protézu?**

„Ne, nedostal. Ani jsem jí nechtěl.“

**16) Jak jste se cítil po operaci? Na co jste myslel?**

„Snažil jsem se co nejrychleji zase fungovat, přeci jen jsem stále měl ženu, a tak jsem si nemohl dovolit zavřít se doma a trucovat. Ale je fakt, že nejlíp mi teda nebylo.“

**17) A jak se cítíte teď? Už jste se smířil s tím, že Vám chybí noha?**

„Já už to vlastně moc nevnímám. Některé činnosti jsou obtížnější, ale není to tak hrozný.“

**18) Jaký byl návrat domů?**

„Domů jsem se těšil. Po dlouhé době přijely i obě dcery.“

**19) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„S manželkou jsme koupili bezbariérový byt, dříve jsme bydleli v sedmém patře v paneláku, ten byt byl malý, s vozíkem jsem se tam nevešel. Po měsíci jsme našli volný bezbariérový byt, a tak jsme se stěhovali.“

**20) A nic jiného se měnit nemuselo?**

„Tak ten nový byt už byl uzpůsobený pro moje potřeby, takže vlastně ne.“

**21) Vrátil jste se do zaměstnání?**

„Chtěl jsem, do důchodu mi ještě chvíle zbývala, ale už mě nevzali tam, kde jsem předtím vypomáhal. Ale dělal jsem chvíli nějaké domácí práce jako lepení obálek a třídění dokumentů a tak.“

**22) Všiml jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vám? (chování rodiny, sousedů, kolegů v práci)**

„Zezačátku byly dcery více starostlivé, ale teď už je to zase stejné. To je dobře, mají svůj život, své problémy. A manželka se nikdy nechovala, jako že je něco jinak.“

**23) Jaké kompenzační pomůcky jste si pořídila? (vozík, plošina...)**

„Mám akorát vozík, ten mi stačí.“

**24) Nemáte otlaky nebo nebolí vás záda z toho neustálého sezení?**

„Záda mě dřív bolely, ale teď už ani ne. Asi už si moje tělo zvyklo na neustálé sezení“

**25) Co Váš volný čas? Jak ho trávíte?**

„Tak já dělám u nás v baráku něco jako správce bytového družstva, takže mám dost práce. Navíc mám spoustu známých, z baráku taky furt někdo něco potřebuje. U mě je pořád živo. A když je hezky, jezdím na výlety.“

**26) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku? (dobrá**

**dostupnost k lékařům, do autobusů, obchodů, zda jsou zde nějaké architektonické bariéry, které nejste schopna překonat)**

„Ano, myslím si, že v tomto jsou České Budějovice celkem napřed před ostatními městy. Teda obzvlášť tady na sídlišti se dostanu kamkoliv bez problémů. Nejhorší je teda asi náměstí, myslím to hlavní. Tam jsou kostky a tam se moc pohybovat nedá. Ale já mám tu výhodu, že mám ten

elektrický vozík, takže tyhle malé překážky mi nedělají problém. I když je pravda, že sem na sídliště nejezdí moc trolejbusů se sníženým vstupem, takže se do málokterého dostanu.“

**27) Zvládáte sebeobsluhu? (zda se zvládáte obléknout, umýt, atd.)**

„Ano, zvládám všechno. Musel jsem se to naučit.“

**28) Myslíte si, že se váš život po amputaci nějak výrazně změnil?**

„Ze začátku určitě ano. Teď si myslím, že vlastně až tolik ne. Mezi lidmi jsem pořád, na výlety jezdím. Jen je všechno o něco složitější, ale dnes už je skoro všechno uzpůsobené vozíčkářům, vlaky, městská doprava, není to takový problém.“

## **Příloha č. 6**

Rozhovor č. 6:

**Jméno: Paní Věra**

**Narozena: 1948**

**Věk: 63**

**Diagnóza: Amputace levé dolní končetiny z důvodu ischemie**

Paní V. je 63 let. Žije s manželem v Polné. Má tři dospělé děti a čtyři vnoučata. Donedávna pracovala jako dělnice v jedné nejmenované firmě. Paní V. je lehce obézní. Už skoro dvacet let trpí cukrovkou II. typu a pravidelně užívá inzulin. Před pěti lety ji museli amputovat levou nohu z důvodu ischemie. Díky tomu přišla o práci a musela si zvykat na nový život.

**1) Kolik Vám je let?**

„Je mi 63 let.“

**2) Odkud pocházíte? (město, rodina, kolik máte sourozenců, atd?)**

„Narodila jsem se v Hrbově, kde jsem žila s dvěma bratry a jednou sestrou. V osmnácti letech jsem otěhotněla a vzala si svého současného manžela. S ním jsem vychovala tři děti.“

**3) Co jste studovala za školu?**

„Mám pouze základní školu. Po dokončení základní školy jsem nastoupila do mlékárny.“

**4) Jaké je/bylo Vaše povolání?**

„Vystřídala jsem více zaměstnání. Dělal jsem v mlékárně, ve firmě na výrobu kancelářských potřeb a taky na poli, kde jsme sbírali brambory. Moje poslední zaměstnání bylo ve firmě, kde jsem obsluhovala stroj na výrobu toaletního papíru.“

**5) Kde žijete dnes? A co dnes děláte (zaměstnání)?**

„Bydlím v Polné, kam jsem se přestěhovala se svým manželem, když jsme se vzali a postavili jsme si zde baráček. A už jsem bohužel v důchodu.“

**6) Kouříte/ kouřila jste?**

„Ne nikdy jsem nekouřila.“



**7) Jakým typem cukrovky trpíte a odkdy?**

„Mám cukrovku II. typu. Objevila se mi těsně po čtyřicítce.“

**8) Dodržujete správnou léčbu cukrovky?**

„Upřímně, kdybych neměla děti a manžela, tak asi občas zapomenu, ale oni se o mě starají a vždycky mi „hubují“, když na to zapomenu. Zdravě jím také díky rodině, protože manžel se od mé operace, co mi nohu amputovali, naučil vařit a děti se taky snaží pravidelně jezdit a vozit mi zdravé věci a správnou stravu. Máme štěstí, že máme baráček se zahrádkou, takže v létě máme ovoce a zeleniny, jak se říká, až nad hlavu.“

**9) Další zdravotní potíže?**

„Trpím menší srdeční arytmií.“

**10) Kdy a proč jste přišla o končetinu?**

„Je to pět let zpátky, co jsem začala cítit, že moje noha neslouží tak, jak má. Začaly se mi dělat takové puchýře nebo spíše velké boláky. Napřed jsem spoléhala na starou medicínu a bylinky, ale ty mi nepomohly. Po nějakém čase si toho všimly děti a donutily mě jít k doktorovi, tam mi oznámili smutnou zprávu, že o nohu přijdu. Prý mi noha odumírá. Dlouho mi trvalo, než jsem se s tím srovnala.“

**11) Jaké bylo zjištění, že brzy přijdete o končetinu? Jak jste se cítila?**

„Bylo to příšerné, vůbec nevím jak to popsat slovy. Manžel mi pomáhal, v první chvíli jsem byla v šoku, poté mi to všechno došlo a já se psychicky zhroutila. Nevěřila jsem tomu. To se přece nemůže stát mně. Operaci jsem se bránila, ale rodina i úžasný pan doktor, který se o mne velice dobře staral, mne přesvědčili.“

**12) Jaký byl Váš pobyt v nemocnici, jak dlouho jste zde byla, jak se o vás starali?**

„Nástup do nemocnice proběhl strašně rychle. Asi dva dny po verdiktu. Řekla jsem si, že čím dříve to bude za mnou tím lépe. Doktoři byli výborní, proběhlo nějaké vyšetření, ani přesně nevím co, šlo to nějak okolo mě, jen jsem poslouchala příkazy, co mám dělat, jediné na co jsem myslela, byla blížící se operace. Po operaci jsem dostávala výbornou péči od sestřiček. Ležela jsem v nemocnici v Havlíčkově Brodě – personál je zde opravdu kvalitní. Nejhorší ale bylo, že jsem věděla, že nemám nohu a jako bych jí pořád cítila.“

**13) A jak dlouho jste v nemocnici ležela?**

„Podle slov doktorů jsem měla štěstí, protože po měsíci a půl mě pouštěli domů. Jinak tam prý lidé s tímto problémem bývají ještě déle. Měla jsem štěstí, každý den tam se mnou trávili moji blízcí svůj volný čas a mně to tam alespoň rychle utíkalo.“

**14) Jak probíhala následná rehabilitace?**

„Pořád jsem se ptala, kdy už mě naučí zacházet s vozíkem, to byla snad první otázka po operaci. Byl to takový můj bod, který když zvládnou, budu zase samostatná. Doktor mi řekl, že napřed musím projít konzultacemi s psychologem, který mi radil, jak se vypořádat s tím, že se po mě lidé asi budou otáčet atd. A snažil se mi vysvětlit, ať si uvědomím, že nejsem méněcenná než ostatní. Poté jsem zkoušela cviky na ruce, abych zvládla být, co nejvíce samostatná. Jen můj manžel se o mě stará tak, že já se ani nemusím moc snažit, je hodně starostlivý.“

**15) Dostala jste protézu?**

„Nechtěla jsem jí, obávala bych se, že by to byl větší problém, než si zvyknout na invalidní vozík.“

**16) Jak jste se cítila po operaci? Na co jste myslela?**

„Jak to říct... Něco mi chybělo, pocit je to hrozný. Už rozumím tomu, když lidé říkají, že amputovanou končetinu cítí a mají pocit, že je svědí. To samé jsem měla i já. Šáhala jsem si na místo, kde měla být noha, ale nic tam nebylo, to byl strašný pocit. Všechny návštěvy, co za mnou chodily, se chovaly úplně normálně, ale já přesto v jejich pohledech hledala znechucení. Naštěstí pan psycholog mě z toho dostala a já se toho hrozného pocitu zbavila.“

**17) A jak se cítíte teď? Už jste se smířila s tím, že Vám chybí noha?**

„Ano mám pocit, že ano. Lidé, co mi pomáhají, mi ukázali, že život je krásný a dá se plnohodnotně žít i bez nohy, manžel mě pořád vozí na procházky, chodíme spolu nakupovat a děláme vše na zahradě, což nás vždycky bavilo. Můj manžel je kutil, takže se snaží přizpůsobovat zahrádku tomu, abych tam mohla jezdit i sama bez jeho pomoci, což je moc fajn. A ukázalo mi to, že nezáleží na tom, jestli máte nohu nebo ne, ale na tom, že vás lidé mají rádi.“

**18) Jaký byl návrat domů?**

No úžasný, čekala tam celá rodina včetně našeho pejska a koček a i ti mi dávali najevo, že mě rádi vidí. Pekli jsme buřty s celou rodinou a vnoučata okolo mě poletovala a já si uvědomila, co všechno mi v nemocnici chybělo.“

**19) Co všechno se muselo změnit (bariéry, stěhování, atd.)?**

„Největší změna byla ta, že jsme museli přesunout ložnici z prvního patra do přízemí, abychom každý večer nemuseli bojovat se schody. A druhá věc byl záchod. Byl malý a já

se tam s vozíkem nedostala. Pár našich sousedů nám pomohlo za minimální peníze a záchod vybourali a postavili větší, abych se tam vešla i s vozíkem.“

**20) A nic jiného se měnit nemuselo?**

„No různé drobnosti samozřejmě ano. Ještě mi syn udělal nižší pult v kuchyni, abych mohla manželovi pomáhat při vaření. A také na schodech se musely přidělat nájezdy, abych se dostala do předsíně. A potom spíše uspořádání věcí, abych mohla projíždět místností, ale to se všechno dělalo, až když jsem se potřebovala někam dostat a přišla jsem na to, že mi něco překáží.“

**21) Vrátila jste se do zaměstnání?**

„Ne ne, šla jsem do invalidního důchodu. Práce jsem se musela vzdát, ani kdyby mě zaměstnavatel nechal zaměstnanou, nevydržela bych už dělat takovou práci.“

**22) Všimla jste si nějaké změny v chování Vašeho okolí k Vám? (chování rodiny, sousedů, kolegů v práci)**

„Spíše ze začátku jsem byla přesvědčená, že na mě všichni koukají skrz prsty, ale časem mi došlo, že není chyba v mých známých, ale v mé psychice. Jediné, co se změnilo, je starostlivost mého muže a rodiny, až si říkám, co bych dělala, kdybych je neměla.“

**23) Jaké kompenzační pomůcky jste si pořídila? (vozík, plošina...)**

„Invalidní vozík a nájezdy na schody před domem. Do postele mě pokládá manžel nebo mám provizorní hůl, o kterou se opírám v případě nouze.“

**24) Nemáte otlaky nebo nebolí vás záda z toho neustálého sezení?**

„Ano bolí, ale já si nestěžuji. Nechci, aby měl manžel ještě větší starosti, ale mám pocit, že to na mně stejně pozná, protože používá různé chladicí a nahřívací láhve na otlačeniny, což je velice příjemné.“

**25) Co Váš volný čas? Jak ho trávíte?**

„To jsem vám už říkala, s rodinou, vařením, práce na zahrádce, procházky s manželem. A také luštím křížovky a mám moc ráda telenovele.“

**26) Myslíte si, že je Vaše město dobře uzpůsobené pro lidi na invalidním vozíku? (dobrá dostupnost k lékaři, do autobusů, obchodů, zda jsou zde nějaké architektonické bariéry, které nejste schopna překonat)**

„No myslím si, že je v Polné celkem hodně bariér. Do centra kolem náměstí se skoro vůbec nedostanu, jsou tam kostky, tzv. „kočičáky“ a přes ty se blbě jezdí. Občas tam ale musíme, protože tam mám lékařku. Manžel se se mnou vždy pořádně nadře. Ale myslím,

že časem to bude lepší. Protože když cesty opravují, tak už počítají s tím, aby to bylo přístupné i pro nás vozíčkáře.“

**27) Zvládáte sebeobsluhu? (zda se zvládáte obléknout, umýt, atd.)**

„Ano částečně ano, základní hygienu a oblékání zvládám, manžel mi pomáhá do vany. A většinou i se vším ostatním, ani jsem nikdy neměla příležitost zkusit si starat se sama o sebe jeden den úplně sama, vždycky je někde poblíž on a přiběhne mi pomáhat.“

**28) Myslíte si, že se váš život po amputaci nějak výrazně změnil?**

„To určitě ano, všechno je jinak, můj manžel změnil celý svůj život. Všechno okolo je jiné, jsou jiné podmínky, museli jsme si zvykat na jiný způsobžití. Než jsme se do všeho dostali a než jsme se vše naučili, tak to docela dlouho trvalo. Museli jsme oprášit auto, které jsme léta nemuseli vytáhnout, protože bych se nedostala k doktorům, kam musím pravidelně chodit. Ale všechno jsme nakonec zvládli a zvládáme dál.“